

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Hévane Virgínia dos Santos

EDUCAÇÃO PARA A MORTE E CUIDADOS PALIATIVOS:
uma interface entre a formação profissional em enfermagem e a atuação no
Sistema Único de Saúde

Brasília

2022

Hévine Virgínia dos Santos

EDUCAÇÃO PARA A MORTE E CUIDADOS PALIATIVOS
uma interface entre a formação profissional em enfermagem e a atuação no
Sistema Único de Saúde

Trabalho de dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas em Saúde (Área de Concentração: Saúde e Justiça Social).

Orientadora: Profa. Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias

Brasília

2022

Ficha Catalográfica
Gerência Regional de Brasília
Escola de Governo Fiocruz Brasília
Biblioteca de Escola de Governo Fiocruz Brasília

S237e Santos, Hérvane Virgínia dos.
Educação para a morte e cuidados paliativos: uma interface entre a formação profissional em enfermagem e a atuação no Sistema Único de Saúde. / Hérvane Virgínia dos Santos. – Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.
115 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde, 2022.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Ieda Maria Ávila Vargas Dias.

1. Cuidados Paliativos. 2. Papel do Profissional de Enfermagem. 3. Capacitação Profissional. 4. Sistema Único de Saúde. I. Dias, Ieda Maria Ávila Vargas. II. Título. III. Fundação Oswaldo Cruz.

CDD 614.2

Catálogo na fonte: Lívia Rodrigues Batista / CRB1 - 3443

Hévane Virgínia dos Santos

Educação para a morte e cuidados paliativos: uma interface entre a formação profissional em enfermagem e a atuação no Sistema Único de Saúde.

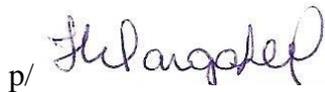
Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 24/08/2022.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias - Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
Brasília



Dra. Fernanda Maria Duarte Severo – Membro Interno - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz



Dr. Erasmio Miessa Ruiz – Membro Externo – Universidade Estadual do Ceará



Dra. Flávia Andrade Fialho – Suplente - Ministério da Saúde

Dedico esse trabalho aos milhares de profissionais de enfermagem que estiverem no frente da pandemia, enfrentando a exaustão, o terror do desconhecido e o medo da morte para cuidarem dos mais de 600 mil sujeitos que sonhavam, amavam e encontraram o seu fim graças à COVID-19. Por cada um de vocês, essa pesquisa adquiriu um novo significado.

AGRADECIMENTOS

“Numa folha qualquer eu desenho um navio de partida com alguns bons amigos bebendo de bem com a vida” (Aquarela, Toquinho).

Todo nascer traz consigo a esperança de uma trajetória leve, uma colorida aquarela, pintada com capricho pelas mãos daquele que sonha e deseja para si o mundo. O início da minha trajetória nesse mestrado partiu do sonho de consolidar, nesse novo local, o início dos esforços para começar a construir, enfim, contribuições científicas que tornassem a temática da morte e do morrer um assunto minimamente menos interdito dentro da enfermagem.

Houve logo nas primeiras pinceladas dessa pintura, porém, uma grande sombra: a pandemia da COVID-19. Coube a mim, a pintora em transformação, fazer com que essa sombra não minasse a luz que morou ao longo dessa trajetória. Compus, nesse grande espetáculo dos anos de 2020, 2021 e 2022, uma complexa aquarela que usou de cores, luz e sombras para construir significados que me permitiram continuar.

Não foi simples: senti falta do mundo lá fora, com suas cores, cheiros e sensações, da risada e toques dos meus amores; tive COVID-19, três vezes; perdi amores, de morte morrida e de morte simbólica; senti medo, chorei, cansei. Conteí, contudo, com uma pintura à várias mãos.

Pintar no lar foi a tônica dos últimos anos. Minha mamãe, a *Maria José*, foi a mão mais forte, que literalmente pôs a mão na tinta e me ajudou em cada mínimo detalhe dessa composição. Obrigada, amorzinha, pelo café, pela comidinha, pela poeira tirada, pelos cuidados nos momentos de doença, pelas palavras de carinho, por não ter desistido de mim.

Contei ainda, com outros pintores domésticos que, com sua presença e a constante lembrança de quem eu sou e do futuro de toda essa aquarela, me motivavam todos os dias a continuar. *Pai, Adriano, Josué, Izabela, e Heitor*, obrigada!

Sigo tendo dentro de casa uma grande professora de pintura. Minha professora hoje não mais me ensina a pegar o lápis de cor ou a fazer técnicas de sombreamento. Minha professora doméstica discute hoje as formas de enxergar o mundo a partir dessa grande tela de cores e possibilidades. *Helinha*, obrigada por ouvir cada ideia, cada empolgação, e por trazer paciência e expectativas para todo esse processo.

Contei, ainda, com os pintores em tela, os pintores virtuais. Embora tenha sentido profunda saudade de cada um dos meus amigos na doçura dos encontros presenciais, não senti, em nenhum momento, suas ausências: fui amada, fui amparada, contei com, conversei com, enviei amor para. Às minhas amigas da SEE/DF, vocês seguraram a minha mão a cada passo: *Helen, Iara e Renata*, minhas saudades diárias, meus mais agradecidíssimos Obrigados. Às minhas amigas *Jéssica, Samara, Adrielly e Ana Elisa*, a cada dia brota um novo rompante de agradecimento ao universo por, ao longo de tantos anos, ter vocês comigo.

E o que seria da minha aquarela sem meus amados mestres de traços? À minha orientadora *match*, que topou caminhar comigo nessa trajetória, que me ensinou não somente sobre esse novo e deslumbrante mundo acadêmico, como também sobre como ser uma mestre que orienta, que inspira, que acalenta e que me trouxe todos os dias a certeza que a caminhada e o aprendizado se daria em par. Querida professora *Ieda*, não fazes ideia do quanto me sinto agraciada por tê-la encontrado, obrigada pelos últimos anos e aguardo pelos próximos.

Por fim, aos queridos professores *Erasmu Ruiz e Cristina Silva*, do Instituto Carpe Diem. Sabemos que a caminhada tabuzenta do ser humano que teima em deixar um olhinho aberto para enxergar a morte enquanto enche os dias de aventuras e significados não é a mais comum, tão pouco a mais fácil. Obrigada por me acolherem e me apresentarem uma grande comunidade de tanatólogos.

Preenchida de sentido e de gratidão, olho para a minha aquarela, me despeço dessa “fazedura” e divido com cada um dos meus pintores-amores e cada um dos meus olhares

artísticos-leitores a grande beleza que cada um dos brilhantes educadores participantes dessa pesquisa dividiu para essa tão iniciante pesquisadora pintar. Vocês são futuro, são mãos, são inspiração.

“Cada um contou sua história e ele nos lembrou que nós estamos fazendo a enfermagem pra cuidar da nossa própria dor. Eu escolhi me dedicar à enfermagem por cuidar de mim, da dor que eu tive quando meu pai precisou. Hoje eu trabalho pra idosos e transfiro para eles essa dor que eu trago de não ter cuidado do meu pai e cuido desses idosos hoje como forma de recompensa de uma dor que eu carrego (Lavanda)”

RESUMO

Para que os Cuidados Paliativos (CP) se configurem como uma política pública consolidada no Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário que todos os atores envolvidos tenham capacitação necessária para a atuação nos espaços da assistência e da arena política. A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção dos educadores de cursos de formação técnica em enfermagem sobre o desenvolvimento de objetivos educacionais voltados para os CP e educação para a morte. O estudo, de natureza qualitativa, utilizou para a coleta de dados Entrevistas Episódicas junto a professores enfermeiros vinculados à educação profissional em enfermagem da Secretaria de Educação do Distrito Federal. Foram utilizadas ferramentas digitais para a coleta de dados. A análise destes dados deu-se por meio da Análise de Discurso de Bardin. Foi observado que os educadores perceberam atravessamentos subjetivos no processo educativo, bem como a expressão de emoções pelos estudantes quando a morte e o morrer surgiram no cenário educacional. Os educadores consideram a formação dos futuros técnicos de enfermagem essencial para o aprimoramento do cuidado e a atuação na arena política dos CP no SUS e reconhecem seu processo educativo enquanto insuficiente para o cuidado aos morrentes e CP. É necessário, para o manejo dos resultados observados, a consideração da Educação Integral dos indivíduos, abarcando todas as fases do seu desenvolvimento e trajeto educativo. Assim, os aspectos socioculturais serão capazes de abarcar a complexidade da formação profissional desses indivíduos, visando a transformação social da cultura do morrer e dos cuidados aos morrentes no SUS.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos. Educação para a Morte. Enfermagem. Técnico em Enfermagem. Educação Técnica em Enfermagem.

ABSTRACT

To the purpose of palliative care to be listed as a public policy at the Sistema Único de Saúde (aka SUS), it is necessary that all the actors involved have the necessary capacity to interact in the field of assistance and politics. The present abstract aims to analyze the perception of teachers of nursery's assistant school over the development of educational goals aimed towards PC and education aimed towards death. The study, of quality nature, has used the data collection of epistolary interviews with nursery teachers linked to the professional education of nursery at Secretaria de Educação do Distrito Federal. It has been used digital tools to collect the data. The analysis of these data has been based at the content analysis of Bardin. It has been noticed that the educators perceived subjective crossings at the educational process, as well as the expression of emotions from the student when the death and the dying came up in the educational field. The teachers considered the training of future nursery assistant essential to the improvement of the care and the performance in the politics field of PC at SUS and recognize their education process as not enough to the care of the dying and PC. It is necessary, to manage the obtained results, the consideration of full-time education of the subjects, reaching all the phases of its development and its educational path. Therefore, the sociocultural aspects will be able to reach the complexity of the professional qualification of these people, aiming the social transformation of the culture of dying and the care towards the dying at SUS.

Keywords: Palliative Care; Education to the death; Nursery; Nursing Assistant; Nursing Assistant Education.

RESUMEN

Para que los Cuidados Paliativos (CP) se configuren como una política pública consolidada en el Sistema Único de Saúde (SUS), se hace necesario que todos los actores involucrados tengan capacitación necesaria para la actuación en los espacios de la asistencia y de la arena política. La presente investigación tiene como objetivo general analizar la percepción de los educadores de los cursos de capacitación técnica enfermería sobre el desarrollo de los objetivos educativos mirados hacia los CP y la educación para la muerte. El estudio, de naturaleza cualitativa, se utiliza para la recolección de datos Entrevistas Episódicas junto al los profesores enfermeros vinculados a la educación profesional en enfermería de la Secretaria de Educação do Distrito Federal. Se han sido utilizadas herramientas digitales para la recolección de datos. El análisis de estos datos se produjo por el medio de la Análís del Discurso de Bardin. Se observó que los educadores percibieron circunvalaciones subjetivas en el proceso educativo, así como la expresión de emociones por los estudiantes cuando la muerte y el morir han surgido en la escena educacional. Los educadores consideran la formación de los futuros técnicos de enfermería esencial para el perfeccionamiento del cuidado y la actuación en la arena política de los CP en el SUS y reconocen su proceso educativo como insuficiente para el cuidado a los moribundos y el CP. Es necesario, para el manejo de los resultados observados, la consideración de la Educación Integral de los sujetos, incluyendo todas las fases de su desarrollo y el trayecto educativo. Así, los aspectos socioculturales serán capaces de abarcar la complejidad de la capacitación profesional de estos sujetos, mirando la transformación social de la cultura de lo morir y de los cuidados hacia los moribundos en el SUS.

Palabras Clave: Cuidados Paliativos; Educación Para la Muerte; Enfermería; Técnico de Enfermería; Capacitación Técnica en Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Funcionalidades e objetivos para o uso das ferramentas do <i>G-Suite</i>	26
Tabela 2 Legislações que normatizam os Cuidados Paliativos no cuidado às pessoas com câncer.....	78
Tabela 3 Legislações que normatizam o oferecimento de Cuidados Paliativos em dispositivos não especializados na RAS.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS

AD Atenção Domiciliar

ANCP Agência Nacional de Cuidados Paliativos

APS Atividades Práticas Supervisionadas

CACON Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CEP Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CEP ETB Centro de Educação Profissional Escola Técnica de Brasília

CEP ETBraz Centro de Educação Profissional Escola Técnica de Brazlândia

CEP ETC Centro de Educação Profissional Escola Técnica de Ceilândia

CEP ETG Centro de Educação Profissional Escola Técnica do Guará

CEP ETP Centro de Educação Profissional Escola Técnica de Planaltina

CIB Comissão Intergestora Bipartite

CIR Comissão Intergestora Regional

CIT Comissão Intergestora Tripartite

CME Central de Materiais e Esterilização

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

CP Cuidados Paliativos

CP Cuidados Paliativos

DF Distrito Federal

EAPE Subsecretaria de Formação Continuada dos profissionais da educação

EJA Educação de Jovens e Adultos

EMB Escola de Música de Brasília

FIC Formação Inicial e Continuada

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

IML Instituto Médico Legal

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

PEL Programa Especial de Licenciatura

RAS Redes de Atenção à Saúde

RUE Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SEE/DF Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 OBJETIVOS.....	22
1.1.1 Objetivo Geral.....	22
1.1.2 Objetivos Específicos.....	22
2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	24
2.1 DESENHO DO ESTUDO.....	24
2.2 LOCAL E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES.....	28
2.3 RISCOS E IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	29
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
3.1 “E NUM CÍRCULO EU FAÇO O MUNDO”: CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO EDUCATIVO E DOS PARTICIPANTES.....	31
3.2 CATEGORIA 1: “E CAMINHANDO CHEGA NUM MURO”: A MORTE E O MORRER NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM.....	36
3.2.1 Educação para a morte, educação integral e atuação do educador frente à morte e o morrer.....	36
3.2.2 Educação para morte, objetivos educacionais e sujeito que cuida como objetivo educacional.....	46
3.2.3 Discussão.....	57
3.3 CATEGORIA 2 - “E O FUTURO É UMA ASTRONAVE QUE TENTAMOS PILOTAR”: O EDUCADOR E A CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	70

3.4 CATEGORIA 3 - “A ESPERAR PELA GENTE O FUTURO ESTÁ”: ATUAÇÃO DO EDUCADOR NA FORMAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM E A ARENA POLÍTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO SUS.....	81
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
APÊNDICES.....	103
APÊNDICE A – GUIA DE TEMAS PARA A ENTREVISTA EPISÓDICA.....	103
APÊNDICE B – FOLHA DE DOCUMENTAÇÃO CONTEXTUAL DA ENTREVISTA E DO ENTREVISTADO.....	106
APÊNDICE C– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	108
ANEXOS.....	111
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	111
ANEXO B – MEMORANDO DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA SEE/DF.....	114
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	115

1 INTRODUÇÃO

Compreender o Sistema Único de Saúde (SUS) mediante o prisma de um cuidado que respeite seus princípios doutrinários - universalidade, equidade e integralidade - requer uma organização complexa. Os serviços, programas e ações são constantemente desafiados a responderem à complexidade do cuidado integral ao sujeito em todas as fases de sua vida, compreendendo que, a cada fase, um dispositivo da rede de atenção à saúde poderá ser acessado para dar conta dessa missão¹.

Em resposta ao princípio da integralidade, a atenção à saúde do usuário do SUS deverá compreender todo o seu ciclo de vida. Os dispositivos da rede previstos nas políticas públicas de saúde deverão, desta maneira, abarcar desde o nascimento até a morte do ser humano. Entender a existência humana enquanto saudável, para além das fronteiras da ausência de doença, abarca o potencial do indivíduo nas suas relações com sua rede de apoio e seu território e ser capaz não apenas de promover saúde e prevenir agravos, mas também potencializar um relacionamento harmonioso com todos os seus ciclos, incluindo o morrer^{2, 3}.

A ampliação dessa compreensão de saúde, de doença e de morte não é tarefa fácil: desafia o sistema de saúde a romper com um pensamento social embasado dessa práxis. O historiador Philippe Ariès⁴ contribui com a discussão no que tange a de como deu-se a evolução do pensamento social acerca da relação do ser humano com a sua finitude. O adoecimento e a morte, na baixa idade média, eram orquestrados com autonomia e protagonismo pelo indivíduo jazente, porém, com o advento da microbiologia, do poder da Igreja e da criação dos cemitérios, esse momento último da vida do ser humano foi socialmente marginalizado, encontrando nos tecnológicos hospitais contemporâneos seu esconderijo ideal.

Conhecer a rotina hospitalar e a lógica de trabalho das equipes multiprofissionais permite compreender a escolha dos hospitais e das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) como

recursos corriqueiros na assistência ao fim da vida. Os rituais da antiguidade que permitiam ao jazente e sua família a despedida e a boa passagem ganham, hoje, uma nova versão: procedimentos assépticos, distanciados e protagonizados por profissionais de saúde, que não apenas despojam o indivíduo da autonomia de decisão sobre sua finitude e protagonismo da sua morte, como também permitem a fantasia social dos cuidados hospitalares como capazes de deter a morte. Além disso, esse isolamento da temida morte torna possível a continuidade da vida cotidiana das pessoas saudáveis, que seguem suas rotinas enquanto o seu ente moribundo vivencia seus últimos momentos de forma solitária nos leitos de uma UTI^{4,5}.

A atenção integral à saúde, capaz de respeitar as particularidades da finitude, deverá compreender não apenas os cuidados aos indivíduos que vivenciam o fim de suas vidas. Ela deve comportar, em sua essência, todo o cuidado despendido desde o diagnóstico de quadros cuja reversão já não é possível e que trazem a possibilidade de uma morte aproximada. Foi apenas no final do século XX que essa nova lógica de atenção ganhou espaço nas arenas de debate em contexto mundial, permitindo que os indivíduos que experimentam essas demandas comecem a serem ouvidos, a terem seus desejos validados e a vivenciarem seu encontro desnudo com a sua finitude, que, enfim, passa a ser gradualmente autorizada pelos profissionais de saúde⁴.

O início deste novo cenário supracitado deu-se graças à atuação de duas grandes mulheres. Elizabeth Klüber-Ross, com sua escuta e acolhimento aos morrentes, apresentou novos significados ao processo de morte e morrer e expandiu a discussão sobre a finitude para diversos profissionais e acadêmicos de saúde, filosofia e teologia⁶. Cicely Saunders, uma profissional de saúde com múltiplas formações, viabilizou a criação de um novo espaço de cuidados – *o hospice*, capaz de prover, ao sujeito que jaz, os cuidados de saúde necessários e respeitosos ao seu prognóstico sem que todos os demais aspectos de sua existência psico-socio-espiritual-ambiental fossem levados a um segundo plano⁷.

À Elizabeth Klüber-Ross e Cicely Saunders cabem as honrarias à coragem de trazer para a arena dos cuidados em saúde uma nova lógica de atenção: os cuidados paliativos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), atualizou, em 2002, um conceito consolidado na década de 1990, compreendendo que os cuidados paliativos:

consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.
8:23

Ainda segundo a OMS, os cuidados paliativos são regidos por princípios amplos, assegurando a integralidade do seu escopo de atenção. São esses princípios:

(1) promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; (2) afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; (3) não acelerar nem adiar a morte; (4) integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; (5) oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; (6) oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; (7) abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; (8) melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; (9) deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes”^{8:83}

De acordo com o conceito supracitado, os cuidados paliativos transcendem a popular ideia do cuidado para aquele que morre. Pensar em uma oferta de serviços, programas e ações mediante essa perspectiva desafia os agentes envolvidos na formulação, implementação e avaliação de sistemas e políticas a considerarem esse cuidado de forma transversal em diferentes espaços, tornando os cuidados paliativos uma temática essencial a ser considerada na agenda política do SUS^{8,5}.

Em 2018, a temática dos cuidados paliativos vivenciou um primeiro passo na sua consolidação enquanto uma política pública de saúde. Por meio da Resolução do Ministério da

Saúde nº 41, de 31 de outubro de 2018, foram dispostas diretrizes iniciais para a organização dos cuidados paliativos no SUS, por meio de serviços integrados. O texto da Portaria dispõe sobre a horizontalidade e transversalidade desta política, articulada entre outras políticas públicas em saúde implementadas, tais como a Política Nacional de Atenção Básica, de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Prevenção e Controle do Câncer, entre diversas outras⁹.

Atentos aos trâmites de criação dessa política, não se observa grandes avanços em seu caminho. Nesse contexto, é essencial que os olhares se voltem para os diversos fatores envolvidos na arena decisória das políticas públicas em saúde do SUS, considerando os diferentes contextos, atores e interesses envolvidos nesta questão, capazes de influenciar na inclusão ou não desta pauta enquanto problema de saúde prioritário a ser considerado na agenda política do SUS.

Pensando na análise dos possíveis fatores que possam interferir nessa política, e mediante a apreciação dos princípios dos cuidados paliativos, é possível inferir que essa estratégia de cuidado traz à tona, de forma emergente, a afirmação da morte e do luto como parte da vida. Maria Júlia Kovács, considerável expoente dos estudos sobre a morte e o morrer no Brasil, levanta que esses processos fazem parte da existência humana, convocando-nos “por atração, repulsa, curiosidade ou terror”². Em tempo, a percepção da relevância dos profissionais de saúde, enquanto atores essenciais para o ciclo da política, traz à tona a necessidade de compreender a relação dos mesmos com a morte. Essa é uma dialógica essa essencial para que uma política nacional se torne realidade no SUS⁵.

Em seu livro *Sobre a morte e o morrer*, Elizabeth Klüber-Ross inaugura algumas observações essenciais. Explicita que os profissionais de saúde que lidam com a morte em seu cotidiano consideram que a visibilização do processo da morte pode configurar como ações voltadas à facilitação do óbito desses morrentes. Essas ações, por vezes apresentadas como um

encorajamento a esses sujeitos para que lutem pela sua vida até o fim, podem refletir a dificuldade do profissional em lidar com a sua própria finitude, significada na sua prática como desistência, covardia, decepção ou rejeição⁷.

Os profissionais da saúde, enquanto parte dessa mesma cultura de alheamento e medo da morte, se veem incumbidos de lidar com o contínuo processo de morte de pessoas que pertencem a outras redes afetivas⁴. Em seu dia a dia, percebem-se desafiados a reagirem e combaterem essa morte, atuando com um heroísmo que, muitas vezes, reflete a expressão dos próprios medos, expoentes de um tabu sociocultural que também se relaciona com um instinto vital de autopreservação que pode, assim, expressar-se no seu cotidiano de trabalho como um senso de dever de proteção à vida^{4,6}.

Frente a esse protagonismo, é necessário conhecer particularmente as características desses profissionais enquanto categoria com repertórios de formação e identidade distintos. Mediante dados disponibilizados em 2022 pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), temos, em 2020, 2.382.153 profissionais de enfermagem registrados nos Conselhos Regionais de Enfermagem em todo o território nacional. Deste número, 452.251 correspondem a auxiliares de enfermagem; 1.374.479 a técnicos de enfermagem; 582.120 a enfermeiros; e 33 a obstetritz¹⁰. Assim, podemos afirmar que aproximadamente 58% da pessoal da enfermagem corresponde aos técnicos de enfermagem, configurando-os como força de trabalho expressiva aos sujeitos que vivenciam, no SUS, os cuidados voltados às doenças ameaçadoras da vida que apresentam um prognóstico modesto¹¹.

Pensar a atuação dos técnicos de enfermagem no SUS e nos cuidados paliativos, faz emergir a necessidade de transcender uma avaliação simplista para sua expressividade numérica e convoca a refletir acerca das diferentes questões que os engajam ou não nessa atenção. Ao discutir a análise das políticas públicas, nos seus mais diversos aspectos, pensando na atuação desses diferentes empreendedores políticos, compreendemos que a construção

subjetiva dos valores por esses indivíduos os aproxima ou os distancia de determinadas questões de saúde, incluindo a morte, impactando diretamente na assistência prestada e na defesa de uma atenção baseada na lógica dos cuidados paliativos¹².

Frente a este cenário de atuação técnica e política, mostra-se de crucial importância compreender as subjetividades da formação profissional da enfermagem no cuidado aos morrentes, considerando todos os atravessamentos subjetivos e socioculturais, o que justifica a realização deste estudo.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a percepção de docentes de cursos de formação profissional de técnicos de enfermagem sobre o desenvolvimento de habilidades e competências voltadas para os cuidados paliativos.

1.1.2 Objetivos específicos

1) Descrever como se dá a educação para a morte na formação técnica em enfermagem segundo a visão dos docentes do curso;

2) Analisar as percepções dos docentes acerca da relação entre o seu processo de educação para a morte e a sua atuação docente frente aos objetivos de aprendizagem relacionados à educação para a morte e os cuidados paliativos;

3) Evidenciar os possíveis desafios percebidos pelos docentes para a implementação da educação para a morte e a capacitação para atuação em cuidados paliativos no SUS na formação técnica em enfermagem.

2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Mediante a contatação de que os objetivos são tangenciados por questões cuja natureza de conhecimentos advém de compreensões teórico-conceituais e experiências dos indivíduos participantes, a pesquisa é de natureza qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas episódicas. Esse método permite que os indivíduos apresentem suas concepções a partir de narrativas que, construídas por meio de memórias do seu contexto original, serão capazes de elucidar as experiências dos participantes com a finitude, a morte, o morrer e os cuidados paliativos¹⁵.

A entrevista episódica emerge da compreensão de que o conhecimento dos sujeitos entrevistados é armazenado de duas formas: o conhecimento narrativo-episódico e o conhecimento semântico. Enquanto os conhecimentos narrativo-episódicos permitirão a compreensão dos aspectos biográficos e subjetivos dos indivíduos entrevistados acerca da sua relação com a temática da morte, finitude e cuidados paliativos, os conhecimentos semânticos, de natureza mais abstrata e generalizada, alcançarão as concepções teórico-conceituais dos entrevistados acerca das supracitadas questões^{15,16}.

Segundo Flick¹⁶, a entrevista deve respeitar critérios específicos. Esses critérios compreendem a facilitação de oportunidades para que o entrevistado narre acontecimentos concretos, cujas respostas levantem os conhecimentos mais amplos e conceituais, bem como suas experiências. Além disso, refere que as questões da entrevista deverão apresentar abertura suficiente para oferecer ao entrevistado a possibilidade de, a partir da sua relevância subjetiva, elencar os episódios e as situações que ele deseja compartilhar.

Para que as entrevistas ocorressem, a entrevistadora utilizou um guia de temas (Apêndice 1). Flick^{15,16} estabelece em seus estudos que a entrevista episódica deve respeitar nove etapas, a saber: 1) preparação da entrevista; 2) introdução da lógica da entrevista; 3) conhecimento da concepção do entrevistado sobre o tema e sua bibliografia com relação a ele; 4) conhecimento do sentido que o assunto tem para o cotidiano do entrevistado; 5) enfoque das partes centrais do tema do estudo; 6) levantamento dos tópicos gerais mais relevantes; 7) realização da avaliação e de uma conversa informal; 8) documentação; e 9) análise das entrevistas.

Na elaboração do guia de temas (Apêndice 1) utilizado nas entrevistas, as fases supracitadas foram consideradas de modo a abarcar conhecimentos narrativos-episódicos. Esses conhecimentos foram, assim, construídos a partir de narrativas e conhecimentos semânticos, obtidos por meio de perguntas de maior concretude e focadas nos objetivos da pesquisa.

A entrevista episódica utilizou-se de encontros de duração compreendida entre 30 a 40 minutos. Porém, essa duração apresentou variações em decorrência de alguns fatores: esteve sujeita à saturação dos dados, ao número de perguntas elencadas no guia e a eloquência e habilidade da entrevistadora na condução da coleta, respeitando a necessidade de riqueza e de abrangência dos conhecimentos partilhados nas entrevistas¹⁶. Foram observadas, ainda, a preferência de alguns educadores em estender o tempo de duração das entrevistas, visando a saturação dos dados no encontro em curso.

A entrevistadora também utilizou uma folha de documentação contextual da entrevista e do entrevistado previamente preparada (Apêndice 2). Preencheu a folha de documentação imediatamente após a entrevista, permitindo que as memórias das minúcias e particularidades, bem como os registros de possíveis falas consideráveis após a desativação do

gravador, fossem anotados. Foram respeitados, indubitavelmente, os consentimentos e limites éticos estabelecidos junto ao entrevistado¹⁶.

Haja vista o contexto pandêmico da Síndrome Respiratória Aguda COVID-19 (SARS-CoV 3), as medidas de isolamento social requereram o levantamento de novas estratégias de coleta de dados. Em caso de medidas de restrição de contato, foram elencadas para a realização do projeto as ferramentas disponibilizadas pelo pacote *G-Suite*, do *Google*. O presente pacote, acessado com a conta institucional da pesquisadora, contou com os dispositivos e funcionalidades elucidados na tabela 1:

Tabela 1 - Funcionalidades e objetivos para o uso das ferramentas do *G-Suite*

Dispositivo	Funcionalidade	Objetivo
<i>Google Meet</i>	Realização de interações síncronas de áudio, vídeo, textos e projeção de conteúdos eletrônicos.	Realização dos encontros para as entrevistas episódicas.
<i>Google Forms</i>	Criação de questionários virtuais com perguntas de diversas naturezas e configurações.	Realização da folha de documentação contextual da entrevista e da entrevistadora.
<i>Google Drive</i>	Armazenamento de documentos eletrônicos de diversos formatos.	Armazenamento das gravações das entrevistas episódicas e dos documentos de transcrição e análise de dados.
<i>Google Documentos</i>	Criação e edição colaborativa de documentos de texto.	Transcrição das gravações das entrevistas episódicas,

		tratamento, documentação e análise dos dados obtidos por meio das entrevistas.
<i>Google Planilhas</i>	Criação e edição colaborativa de planilhas.	Tabulação e tratamento dos dados obtidos por meio da folha de documentação contextual da entrevista e da entrevistadora.

Fonte: elaboração própria

Para fins de segurança dos dados da pesquisa, dispositivos externos às ferramentas do *G-Suite* foram elencados. Para a gravação das entrevistas, foi utilizado o *software* gratuito *OBS-Studio*. Para ampliar as estratégias de armazenamento e análise dos dados e dos arquivos gerados pelas ferramentas do *G-Suite* e do *OBS-Studio* foram empregados a memória interna do computador da pesquisadora e um dispositivo de HD Externo.

Para a interpretação à luz da análise de conteúdo, foram criadas categorias a partir das elucidações suscitadas por meio das falas dos sujeitos envolvidos nas atividades, permitindo que a riqueza dos detalhes obtidos fosse analisada pela pesquisadora. Para isso, foram buscadas unidades de registro – palavras ou ideias relacionadas ao tema de cada categoria, permitindo ao pesquisador a compreensão de ideias e características comuns que permearam as falas dos sujeitos, viabilizando concatenações quanto às mensagens em comum e ao ambiente e contexto que os mesmos vivem^{17,18}.

Segundo Bardin, a análise de conteúdo é realizada respeitando critérios específicos. Na pré-análise, os documentos da pesquisa serão organizados. Na exploração do material, a leitura flutuante permitirá a elaboração de hipóteses e dos objetivos da pesquisa, possibilitando a sistematização de uma lista de indicadores. No tratamento dos dados, haverá a codificação,

onde serão estabelecidas as unidades de registro¹⁹.

Foram estabelecidas três categorias centrais para a análise de dados. Porém, a primeira categoria apresentou subdivisão em duas subcategorias, visando uma melhor organização dos conteúdos observados na coleta.

2.2 LOCAL E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada por meio de entrevistas *online*. Para tal, foram convidados 13 educadores vinculados à Educação Profissional da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEE-DF). Para o alcance dos objetivos dispostos no guia de temas para a entrevista episódica, a escolha dos participantes da pesquisa foi realizada de forma intencional, buscando o alcance de perspectivas de atuação na formação técnica em enfermagem heterogêneas, em espaços de teoria e nos diferentes campos das Atividades Práticas Supervisionadas.

Como critérios de inclusão, os participantes convidados são docentes de cursos de formação profissional de técnico de enfermagem da SEE-DF, com graduação em enfermagem, que aceitaram, voluntariamente, participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes apresentam vínculos temporários ou efetivos junto ao quadro da SEE-DF, enquanto um deles apresentava-se em processo de exoneração da presente secretaria. O contrário de qualquer um desses itens foi estabelecido como critério de exclusão.

O número de participantes da pesquisa foi definido respeitando o ponto de saturação dos dados, até o momento em que não houve acréscimo de dados e informações de dados que pudessem alterar a compreensão do fenômeno estudado. A saturação durante a investigação

deverá garantir, segundo Thry-Cherques, a representatividade dos dados, assegurada pelo fato de que as questões serão formuladas em um domínio de conhecimentos circunscrito e coerente, de que as entrevistas serão feitas de forma privativa e isolada e de que os participantes da pesquisa não conhecerão as respostas uns dos outros²⁰.

Para o adequado acompanhamento do estado da arte da coleta de dados, a transcrição das entrevistas foi realizada de forma gradual, logo após a participação de cada educador. A pré-análise respeitou o mesmo processo, possibilitando a verificação do surgimento de novos dados e o momento adequado para a finalização da coleta. O ponto de saturação da presente pesquisa ocorreu após a participação de 11 entrevistados.

2.3 RISCOS E IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

A presente pesquisa propôs uma abordagem empírica de temas que envolviam subjetividades acerca de questões tangentes à história de vida dos sujeitos, à finitude humana, à morte e ao morrer. Tratam-se de temáticas capazes de mobilizar recursos psíquicos, possibilitando o atravessamento de sofrimentos e pontuais desconfortos individuais, a depender da relação do sujeito com a temática e da característica do seu quadro de humor no momento de aplicação da atividade. Foram empreendidos todos os esforços para amenizar qualquer desconforto durante a coleta de dados, tendo a pesquisadora reforçado, a cada entrevista, sua responsabilidade para o manejo e encaminhamento de qualquer sofrimento ocasionado.

Em cumprimento à Resolução nº 510, de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)²¹, a presente pesquisa foi submetida à apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Brasília, uma instância colegiada institucional interprofissional, mediante o parecer de número 4.980.085 (Anexo 1). Foi submetida e apreciada, ainda, à Secretaria de Educação Continuada dos

Profissionais da Educação da Secretaria de Estado de Educação (EAPE-SEE) e à direção de uma das escolas coparticipantes (Anexos 2 e 3). À outra escola da rede, o presente projeto de pesquisa será submetido à apreciação quando o momento da coleta indicar.

A adesão à pesquisa foi voluntária, livre de qualquer coação, e ocorreu mediante convite individual prévio realizado pelas pesquisadoras. Para inclusão no estudo, os participantes foram informados dos riscos acerca da temática da pesquisa e da aplicação da metodologia de entrevista episódica, bem como da possibilidade de desvincular-se da pesquisa à qualquer momento. Para isso, foi solicitado aos participantes que assinassem um TCLE (Apêndice 3), constando todas as informações sobre objetivos do estudo, métodos aplicados, duração das atividades, riscos envolvidos e telefones para contato com as pesquisadoras para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Às pesquisadoras coube a responsabilidade de acolhimento, intervenção breve e devidos encaminhamentos em casos de mobilizações psíquicas de notável relevância. Uma vez serem profissionais enfermeiras, com respaldo legal e conhecimento técnico e científico, capazes de realizar atendimentos individuais e terapêuticos para sofrimentos psíquicos, dispuseram dos instrumentos necessários para a mediação de qualquer intercorrência e devidos encaminhamentos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 “E NUM CÍRCULO EU FAÇO O MUNDO”: CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO EDUCATIVO E DOS PARTICIPANTES

A Secretaria de Estado de Educação do DF dedica-se, hoje, à garantia do direito à educação básica. Ela oferece creche, educação infantil, ensino fundamental, educação profissional, cursos de Formação Inicial e Continuada (FIC) e Educação de Jovens e Adultos (EJA). Conta ainda com classes de ensino especial, educação precoce e salas de recursos para estudantes com necessidades especiais e projetos educacionais, dentre outros.

A educação profissional conta, atualmente, com diversas escolas e eixos de atuação. A Escola de Música de Brasília (EMB), os Centros de Educação Profissional Escolas Técnicas de Brasília (CEP ETB), de Ceilândia (CEP ETC) e de Planaltina (CEP ETP), e, mais recentemente, os Centros de Educação Profissional Escolas Técnicas do Guará (CEP ETG) e de Brazlândia (CEP ETBraz), bem como com diversos polos de educação profissional, que atuam mediante as premissas do Novo Ensino Médio, fazem parte dessas iniciativas.

A educação profissional técnica em enfermagem está, hoje, presente em três escolas da rede: os CEP ETP, CEP ETG e CEP ETBraz. A escola localizada em Planaltina apresenta histórico mais longínquo na oferta do curso, datado desde o ano de 1998, tendo grande relação e destaque dentro da comunidade em que se situa. As escolas do Guará e Brazlândia tiveram seu início dado recentemente, nos anos de 2018 e 2020, respectivamente.

O CEP ETP conta, no momento, com cursos técnicos concomitantes e subsequentes, presenciais e a distância, bem como com diversos cursos FIC e de especialização técnica. Essas possibilidades garantem o acesso aos cursos por estudantes que estão no Ensino

Médio (concomitantes) ou que já finalizaram (subsequente), desde que, ao início das APS, esses estudantes tenham no mínimo 18 anos.

A unidade disponibiliza, na modalidade presencial, os cursos técnicos em enfermagem, em análises clínicas, em odontologia, em segurança do trabalho e em nutrição. Oferta, na modalidade à distância, os cursos técnicos em informática, em secretaria escolar, em registros e informações em saúde e em controle ambiental. Oferece ainda cursos de especialização técnica em enfermagem, em urgência e emergência e em instrumentação cirúrgica.

O ingresso dos estudantes na escola dá-se por meio de processo seletivo anual. O edital, publicado no segundo semestre de cada ano para a seleção por meio de avaliações teóricas, é realizado nas proximidades do mês de novembro, conta com conteúdo programático compreendido até o 9º ano do Ensino Fundamental. Em decorrência do cenário pandêmico, os processos seletivos dos anos de 2021 e 2022 realizaram-se por meio de sorteio.

O curso técnico de enfermagem do CEP-ETP conta com formação de 1700 horas. A carga horária está distribuída entre 1500 horas presenciais, em sala de aula e laboratório, e 500 horas em APS, que são realizadas em diversificados campos de estágio, a saber: saúde do adulto e do idoso, saúde coletiva, saúde da mulher e da criança, saúde mental, urgência e emergência, internação cirúrgica e de clínica médica, centro cirúrgico e central de materiais e esterilização.

Hoje, a escola técnica conta com uma unidade remota com o curso técnico em andamento. Ela localiza-se em um hospital na cidade do Cruzeiro (DF) e divide o mesmo plano de curso, ementas e objetivos educacionais da formação realizada na escola sede, o CEP-ETP. O curso conta com uma coordenação própria e com professores da escola sede.

Os professores da formação técnica de enfermagem, de ambos os cursos, ingressam na presente secretaria mediante três possibilidades. São estas: concurso público para

provimento e cargos efetivos de magistério na educação básica, processo seletivo da SEE-DF e do programa *Novos Caminhos* para provimento de vagas remanescentes da carreira de magistério da educação básica.

Mediante esse cenário, observam-se vínculos, junto à secretaria, de caráter provisório e permanente. Impactam na permanência e vinculação dos professores nas unidades de ensino, uma vez que a natureza desse vínculo se dá por meio de contratos de período máximo de 1 ano e período mínimo condicionado às demandas relacionadas à vaga (licenças médicas, afastamentos por interesses particulares e remunerados para estudos, cargos de chefia, vagas remanescentes, entre outros).

A composição do quadro de docentes do curso técnico de enfermagem conta com educadores de diferentes formações. São docentes licenciados em áreas diversas como português, matemática, psicologia, biologia, química e informática, vinculados a disciplinas que compõe o Módulo I, popularmente conhecido na unidade como “Módulo Básico”, que se dedica a conteúdos de áreas de conhecimento correlatas essenciais ao processo de formação dos técnicos de enfermagem.

Os docentes vinculados às disciplinas dos Módulos II e III, respectivamente conhecidos como “Módulo Específico” e “Estágio”, têm formação em enfermagem. Tratam-se dos módulos que concentram, na presente estrutura curricular, o desenvolvimento de objetivos educacionais privativos ao exercício dos profissionais da enfermagem, requerendo, essencialmente, que os enfermeiros desenvolvam as atividades educativas.

Os cursos acima descritos estão ancorados na política pública de educação do Distrito Federal, denominada *Currículo em Movimento*. Essa proposição, vigente desde o ano de 2013, encontra-se expressa em sete documentos, a saber: Pressupostos Teóricos, Educação Infantil, Ensino Fundamental, Novo Ensino Médio, Educação de Jovens e Adultos, Ensino Especial e Educação Profissional e à Distância.

Para fins de discussão do presente cenário educacional, serão utilizados os pressupostos epistemológicos elencados na política de educação supracitada. Também serão utilizadas considerações, acerca da educação integral, de Anísio Teixeira, e da pedagogia histórico-crítica, de Demerval Saviani. Além do arcabouço teórico conceitual da política e da Psicologia Histórico-Cultural de Lev Semenovich Vygotsky.²²

A formação voltada para a educação, dentre os docentes da enfermagem, também se dá por caminhos heterogêneos. Apenas os dois últimos processos seletivos para contratação temporária e o último concurso público para provimento dos cargos efetivos exigiram formação específica dos candidatos aprovados. Foram consideradas titulações compatíveis para a investidura do cargo os cursos de licenciatura em enfermagem ou áreas correlatas e Programas Especiais de Licenciatura (PEL). Em caráter não obrigatório, alguns docentes apresentam trajetórias na pós-graduação *lato e stricto sensu*, com projetos de pesquisas vinculados à educação e a outras áreas de interesse.

Ainda dedicando-se à descrição do processo seletivo para docentes, vale salientar que o cargo previsto em concurso é “Enfermagem”. O provimento da vaga se dá mediante um prisma generalista, sem a exigência de pós-graduações ou experiência no mercado de trabalho. Para fins práticos, esses docentes poderão ser destinados ao ensino de todas as disciplinas cabíveis ao enfermeiro, sem a necessidade de comprovação de notório saber teórico-prático e crítico nas diferentes especialidades teóricas e de APS.

A distribuição das turmas se dá mediante um processo geral realizado na SEE-DF, chamado “modulação”. A modulação inicia-se no ano anterior, quando um edital convoca os professores a preencherem um formulário, em um sistema de informação da presente secretaria, que pontuará esses docentes segundo anos e áreas de atuação na instituição, titulação, realização de atividades de educação continuada e participação em eventos. Para que a pontuação seja creditada, esses docentes deverão apresentar, junto ao corpo gestor, as certificações

comprobatórias em conformidade com o edital, que serão conferidas e, a partir de então, validadas. Vale aqui salientar que os pesos atribuídos aos anos de secretaria costumam ser, nos últimos editais, de valoração consideravelmente superior no quesito anos de atuação, conferindo aos docentes mais antigos prioridades nas escolhas de turma.

O presente sistema de modulação é de valorosa importância para a organização da distribuição de turmas e disciplinas em todos os níveis da SEE-DF. Porém, para o contexto do ensino técnico de enfermagem, implica no fato de desafiar docentes sem considerável saber teórico-prático ou sem a devida afinidade a lecionarem em determinadas disciplinas que lhes são atribuídas. Isso se dá, primordialmente, aos docentes mais jovens de secretaria e aos vinculados mediante contrato temporário, em decorrência das normativas supracitadas do processo de modulação.

O número de educadores vinculados à instituição varia ao longo do semestre conforme a disponibilidade de carências nas disciplinas teóricas e práticas. Dentre os 23 educadores vinculados ao curso técnico em enfermagem do CEP-ETP no momento do convite, 11 participaram da presente pesquisa. A escolha dos participantes se deu de forma intencional, buscando, ainda, representar a maior heterogeneidade possível de atuações nos diferentes cenários.

A formação profissional dos participantes mostra-se heterogênea. Todos os educadores participantes da pesquisa possuem graduação em enfermagem, enquanto quatro realizaram também a formação técnica em enfermagem. Todos os profissionais apresentam pós-graduação *lato sensu*, um possui o nível de mestrado completo e encontra-se no doutorado e três possuem mestrado incompleto.

Dentre os participantes, oito vivenciaram experiências profissionais na assistência direta de enfermagem. Dentre esses, quatro apresentam, concomitante ao vínculo de educador, um vínculo assistencial. Cinco participantes referem ter vivenciado experiências com sujeitos

em cuidados paliativos, tendo um deles vivenciado uma experiência profissional em setor especializado.

Tendo sido relatado um breve panorama da formação e do cenário de atuação dos participantes, apresentam-se as categorias analíticas construídas a partir das entrevistas. Para fins de preservação da identidade dos participantes, foi usado nome de cores para representá-las, utilizando como referência lúdica a música *Aquarela*, do cantor e compositor Toquinho, pelo caráter simbólico contido na poesia musical, que faz referência às fases do desenvolvimento, dos ciclos da vida humana, do envelhecer e do morrer.

3.2 CATEGORIA 1: “E CAMINHANDO CHEGA NUM MURO”: A MORTE E O MORRER NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM

3.2.1 Educação para a morte, educação integral e atuação do educador frente à morte e o morrer

Pensar na educação para a morte, na formação profissional em enfermagem, no contexto da presente pesquisa, nos convoca à compreensão da inserção da própria educação profissional no cenário da política pública de educação do Distrito Federal. A educação integral, delineada por Anísio Teixeira, e estruturante do *Currículo em Movimento* da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, compreende uma essencial vinculação do educando ao seu processo educacional e contexto social e cultural.²²

Alguns educadores concatenaram os significados conferidos à morte e ao morrer às relações entre vivências obtidas ao longo de toda a sua trajetória e sua prática profissional. Relacionaram, ainda, de forma direta com o seu processo de escolarização, assim

como com toda a aprendizagem vivenciada em seus círculos sociais - família, religião, redes de apoio e comunidade.

“E hoje, onde eu trabalho, tudo o que eu aprendi, vivi e passei, todas as histórias e minha trajetória refletem muito no meu trabalho.” (Lavanda)

“Hoje eu posso estar enganado, mas eu tenho uma clareza muito grande de que não existe profissional sem o pessoal. Uma coisa é a formação de caráter, de pessoa, isso você não vai achar lá na sua universidade. A pessoa que eu sou, Anil, foi minha história de vida que construiu.” (Anil)

“Eu acho que a minha compreensão sobre essa questão da morte é muito limitada porque eu acho que na minha infância eu cresci num ambiente onde morte não é coisa de criança, e aí não se ensina sobre o morrer pra criança, né, e na verdade isso não mudou muito ainda hoje não, mas tudo bem.” (Violeta)

Quando convidados a pensarem na educação para a morte na formação da enfermagem de modo amplo, surge nas falas, de forma representativa, a associação aos conjuntos de protocolos e técnicas para o preparo do corpo. Os educadores rememoram o desenvolvimento desse objetivo de aprendizado, tanto no ensino superior e profissional vivenciado por eles, quanto no ensino profissional nos quais atuam.

“Na época, a gente teve muito pouco contato com relação a esse tipo de estudo, era mais preparo do corpo, mas nada muito aprofundado, algo psicológico pra gente poder se preparar. A gente se via mesmo na situação quando tava lá, no estágio ou na prática mesmo.” (Dourado)

“Eu acho que, na minha formação, eu não tive quase nada que me preparasse para falar sobre morte, pra lidar com a morte, a não ser o preparo do corpo, a não ser essa parte técnica, até mesmo na graduação, essa parte burocrática: só foi isso que me foi ensinado, infelizmente.” (Magenta)

Alguns docentes trazem, ainda, percepções acerca dos motivos pelos quais o preparo do corpo surge em muitos contextos como único objetivo de aprendizagem relacionado à morte na formação. Associam esse fato ao pensamento social preponderante acerca da temática, que torna as conversas sobre a morte e o morrer pouco propostas.

“Na nossa sociedade a gente já não gosta de conversar sobre ela. Se a gente levantar a conversa sobre a morte em qualquer lugar todo mundo ‘Ah, Deus me livre, vamos parar de falar disso’. Então onde a gente vai falar?”

“É complexo, trabalhar com essa coisa de educação para a morte nessa sociedade onde não se discute a morte, onde a morte é esse mistério, essa coisa ruim que precisa ser escondida. É difícil, né, porque você passou a vida inteira sem poder dizer e entender sobre a morte, aí você entrou numa formação de graduação ou pós-graduação, aí a educação para morte vai ser ensinar sobre a transmissão disso? Como dissociar isso? É impossível dissociar a morte.” (Violeta)

Surgiram, porém, lembranças diversas de objetivos educacionais relacionados à morte e ao morrer em espaços educacionais de suas trajetórias de formação profissional. Trazem memórias educativas associadas a contextos diversos, como em disciplinas de saúde mental e componentes ligados ao cuidado ao câncer e à saúde do idoso.

“Na faculdade a gente teve a disciplina de ética, o que é o cuidado para a morte. É um estudo sobre a possibilidade de um desenvolvimento tipo pessoal, de uma maneira mais integral, relacionada a morte.” (Dourado)

“Consigo me lembrar na área de saúde mental onde a gente tinha que lidar com as interpretações e os momentos do luto.” (Esmeralda)

“Vou falar da minha experiência: eu aprendi na faculdade e coloquei na prática com a Carmim, o uso da música, o que ela pode despertar... E eu aprendi a colocar isso na prática em alguns casos.” (Turquesa, referindo-se à uma docente da sua graduação)

Um fato importante a ser observado no processo de formação profissional desses docentes é que poucos percebem terem tido vivências de capacitação, educação continuada, graduação ou pós-graduação. A *Turquesa* salienta ainda que, embora sua área de especialização durante o processo de residência convidasse, na visão da educadora, ao debate da morte e do morrer, as experiências educacionais proporcionadas pelo currículo foram insuficientes.

“Como estudante, se ver nessa situação é muito difícil, porque a gente não tem o preparo na faculdade mais aprofundado do que vai acontecer, de como agir, de como não agir, reagir, enfim, o que a gente tem é o básico do básico e depois que o paciente vinha a óbito a gente já sabe o que fazer, que é o preparo do corpo.” (Dourado)

“E sinceramente na residência eu não fui preparada nem um pouco, de verdade, considerando que eu fiz residência em saúde do adulto e do idoso.” (Turquesa)

Púrpura traz em sua fala o incômodo vivenciado em sua atuação profissional quando a morte e o morrer se apresentam em decorrência de sua capacitação incipiente. Refere,

diversas vezes em sua entrevista, a distância entre os conteúdos abordados para os objetivos educacionais nas disciplinas teóricas e a realidade da sua prática assistencial.

“Eu penso que o problema é esse, essa distância de teoria e prática que tem na nossa formação que não favorece nosso desenvolvimento na nossa ação prática, entende?” (Púrpura)

Embora levantem que nos espaços teóricos a morte e o morrer não foram privilegiados nos seus ambientes de formação, os educadores trazem experiências em que entraram em contato com a morte dentro de contextos educativos de natureza prática. Quando questionados acerca das percepções e intervenções dos educadores nesses espaços, as experiências mostraram-se, primordialmente, com uma conotação negativa. *Esmeralda*, porém, trouxe em sua fala uma experiência considerada, por ela, enquanto positiva.

“Aí eu falei: ‘tá, mas se eles não fizeram nada, é só não escrever nada’. ‘Não, mas eles precisam escrever’. Aí eu falei: ‘tá, mas se precisar escrever, porque eles não fizeram para justificar o que eles estão escrevendo?’, aí ele: ‘Lavanda, não é assim. Se um dia você quiser entrar na enfermagem, esse é o sistema. Ou você entra no sistema, ou ele te engole.’” (Lavanda, lembrando um diálogo com seu preceptor de estágio)

“Eu tinha recebido uma certa preparação, porém ela não tinha sido anterior, ela acontecia durante a vivência, quando o professor percebia determinadas situações que traziam para a pessoa determinado impacto, eles acolhiam.” (Esmeralda)

Quando perguntados acerca da experiência em oportunidades de cuidados nos espaços de Atividades Práticas Supervisionadas relacionadas ao morrer e à morte, nos serviços em que atuam enquanto educadores, as respostas mostraram-se heterogêneas. Foram levantadas situações vivenciadas nos campos de Urgência e Emergência, bem como nos espaços da Obstetrícia.

“Todas as situações aconteceram no estágio noturno e eu não sei se é porque eles realmente tinham base teórica boa, fundamentação teórica, se era o último estágio, emergência 2...” (Ocre)

“Os alunos todos tiveram a oportunidade de vivenciar e ela nos permitiu a oportunidade de vivenciar aquele momento que eu acho que foi de uma

grandeza da parte dela também.” (Citrino, referindo-se ao parto de um bebê natimorto)

O morrer, compreendido no sentido *lato* da vivência do envelhecer, também foi levantado enquanto uma oportunidade no campo de saúde do idoso por *Esmeralda*. Há, ainda, a prática no antigo campo de APS, em um serviço especializado de cuidados paliativos, que proporcionou contato junto aos morrentes.

“Trago também um pouco da percepção pro aluno de como ele enxerga não apenas a morte, como aquele momento do próprio processo de envelhecimento, se compreendem as mudanças fisiológicas do corpo.” (Esmeralda)

“Tinha paciente que não queria falar com a gente, eu chamava os alunos depois da visita por não ter atuado diretamente, mas ter vivenciado o clima lá, o luto...” (Ocre, referindo-se a um campo especializado em cuidados paliativos)

Ainda descrevendo as oportunidades referidas nos campos de APS, *Violeta* relatou sobre a escassez de óbitos na Atenção Básica, bem como *Ocre* nas Clínicas Médica e Cirúrgica e *Dourado* na Central de Materiais e Esterilização (CME).

“Nesses 7 anos acompanhando a APS eu acho que eu vi o óbito agora, recentemente, na emergência. Foi uma vez enquanto docente.” (Violeta)

“Dentro da Clínica, seja médica ou cirúrgica, eu acho que eu tive pouco contato.” (Malva)

“Fico geralmente em PSF (Programa de Saúde da Família), CME Central de Materiais e Esterilização), fico também na saúde do adulto e do idoso. Então esse tipo de local não tem parada, não vão a óbito naquele local.” (Dourado)

Alguns desses educadores demonstram, em sua fala, o desconforto quando essa morte se apresenta nas APS. *Violeta* reflete que evita as situações em que o preparo do corpo se faz necessário. *Ocre* e *Dourado* levantam a dificuldade suscitada no encontro com as famílias enlutadas. *Dourado* reflete se as suas preferências por determinados campos não são atravessadas pela evitação do confronto com as situações de morte e morrer.

“Eu fiquei lá dentro com meus alunos para organizar o preparo do corpo que não fui eu que preparei, inclusive. Percebe-se que a pessoa foge de preparar o corpo que nem o diabo foge da cruz.” (Violeta)

“A parte daí mais difícil era ter que eu ver, ter que chamar o acompanhante ou familiar que estava lá esperando aquele momento ansioso pra gente falar deu tudo certo.” (Ocre)

“Eu prefiro escolher outros locais mais amenos, não sei se é por esse tipo de acontecimento também, ou pelo medo de acontecer, por eu não ter passado por muitos episódios desse, mas eu não fico.” (Dourado)

Em algumas falas, é possível observar docentes expressarem suas vivências, significados e emoções ligadas à morte nos espaços pessoais e a sua (não) relação com a morte no campo profissional. Foram levantadas preferências específicas por determinadas áreas de atuação na enfermagem e espontâneas correlações com suas vivências. Foram muito presentes, ainda, considerações acerca de distanciamentos relacionados a significados pessoais.

“Quando a gente vive na prática com alguém que é muito importante pra você, eu acho que eu vou cuidar melhor, respeitar mais.” (Malva)

“Na questão profissional eu na verdade sempre tratei ela de uma forma que não tentasse me envolver, até mesmo por minha dificuldade particular. Eu nunca gostei de trabalhar em internação.” (Anil)

“Ele (o professor) vai lidar com pessoas com experiências distantes, como é o meu caso, eu realmente não tenho muita facilidade de falar sobre esse assunto, mas eu acho que pode ser por isso.” (Turquesa)

Ocre levanta uma possível correlação entre o momento e maturidade dos estudantes e interesse dos mesmos pelas situações de parada cardiorrespiratória.

“Assim, por incrível que pareça, eu tive tanta sorte, todas as situações aconteceram no estágio noturno e eu não sei se é porque eles realmente tinham base teórica boa, fundamentação teórica, se era o último estágio, emergência 2, eles estavam ansiosos por isso, para fazer as manobras de ressuscitação e a equipe também que eu estava do setor era uma equipe preparava.” (Ocre)

Observou-se divergência de conduta frente ao óbito infantil entre educadores atuantes na área de obstetrícia e de pediatria. Os educadores da saúde da criança referem um acordo de não permitir a atuação dos estudantes nas paradas cardiorrespiratórias infantis e atribuem a conduta à compreensão de que esse cuidado é de maior complexidade, sendo comumente realizado pelos estudantes da formação superior.

*“Tem a morte da criança? Tem, e inclusive é mais complexo de trabalhar.”
(Violeta)*

“Com os alunos eu nunca tive essa questão, porque como professora, quando o paciente tava muito grave, geralmente quem ficava era o pessoal do ensino superior, porque tinha um grupo lá junto. Ou as meninas do setor, as técnicas assumiam.” (Púrpura)

“Na verdade, a gente não assistiu, não sei se você sabe, quando o pessoal do setor entrava para uma emergência no box nós tínhamos o combinado, por orientação de algumas professoras, de que a gente ficasse dando suporte na parte externa porque os alunos não estavam maduros para atuar numa reanimação pediátrica.” (Ocre)

Citrino trouxe, conquanto, uma experiência exitosa no acompanhamento de um trabalho de parto de um recém-nascido natimorto.

“Nós demos o bebê, ajudamos em todo o trabalho de parto dela, assim que o bebê nasceu nós demos ele à mãe e nós tivemos a oportunidade de deixá-la se despedir dele, tocar, acalantar, abraçar igual você abraçaria seu bebê vivo. Nossa, foi muito marcante.” (Citrino)

Uma outra consideração observada emergiu de vivências recentes com a morte e o morrer, enquanto propulsoras de reflexões e mudanças significativas na atuação como educadores e enfermeiros e no cotidiano das relações. O contato com a possibilidade da sua própria finitude levou *Magenta* a buscar conhecimentos na área de cuidados paliativos. O processo de morrer no espaço domiciliar de um familiar suscitou reflexões em *Malva* acerca da necessidade de um cuidado em enfermagem à morte e ao morrer que incluía a família enlutada. A vivência com usuários do serviço de saúde em processo de morrer, levou *Citrino* a revisitar sua relação com o trabalho.

“E eu acho que o que mais pesa de você estar nesse papel agora não só de cuidadora como eu era, mas também de paciente, é de você encontrar com ela, é de você falar ‘Poxa, eu sou, eu tenho um fim’.” (Magenta)

“Quando a gente vive na prática com alguém que é muito importante pra você, eu acho que eu vou cuidar melhor, respeitar mais, não é isso. Mas eu pensei aqui agora não foi nem no paciente, pensei no acompanhante, na família.” (Malva)

“Eu louvo a Deus todos os dias porque eu não fui mandada direto para a obstetrícia, porque eu não tinha a oportunidade de vivenciar a morte tanto

como tive agora e o tanto que isso foi importante para a minha vida pessoal.”
(Citrino)

Ao visitarem os afetos experienciados durante o trabalho, junto aos objetivos educacionais e as oportunidades presentes na teoria e nas APS e às questões referentes à morte e ao morrer, as vivências mostraram-se diversas. As percepções variaram desde muito positivas, tendo o educador sentindo-se satisfeito com a sua atuação, até percepções de insegurança e falta de preparo.

“A escola nos favorece, e o fato de nós termos várias vivências diferentes, o aluno viver obstetrícia, pediatria, saúde coletiva, saúde mental, em campos de estágio diferente, leva eles a uma formação teórica muito rica. A gente pensa ‘ah, é só a formação prática’, mas não é, no estágio fazemos resgate de muitos pontos da teoria.” (Citrino)

“Mas hoje eu me sinto sem ferramentas e sem formação para poder atuar eficiente e eficaz.” (Anil)

“Muitas vezes eu deixava esse assunto ou eu só abordava a parte técnica porque eu realmente não conhecia a fundo, não tinha conhecimento, não sabia o que era, não pesquisava, não tive uma formação e não tive posteriormente enquanto profissional, enquanto educação continuada, mesmo trabalhando em locais que lidavam com a morte, uma preparação, uma educação para isso.” (Magenta)

À exceção do preparo do corpo, os participantes percebem que os objetivos educacionais relacionados à morte e ao morrer não se encontram escritos. Levantam que a facilitação de espaços para trabalhar esses objetivos nos campos teóricos e práticos dá-se mediante a aproximação e interesse desses docentes com a temática.

“Se você me perguntar esse ponto no currículo, é muito omissivo. Até porque não tem como verificar isso, o indivíduo, quando perguntamos isso, pode falar que é transversal, mas não está nas ementas.” (Anil)

“Eu acho que esse depender de cada professor não é algo que deveria nos pertencer, deveria estar claramente escrito como objetivo educacional. Porque, quando você deixa ele solto, ainda que a gente saiba que o nosso fluxo de professores é um fluxo muito dinâmico, então esse deixar solto às vezes vai acontecer que o professor não acha que é interessante, então não vai dar isso em sala.” (Citrino)

Dourado refletiu, ainda, a importância de os objetivos educacionais estarem escritos, pois na ausência de tempo hábil o educador pode optar por desconsiderá-los nos planos de aula.

“Quando não se tem tempo, quando a carga horária tá muito cheia, a gente exclui esse tema, né? Então a gente acaba deixando os outros temas do cuidado com a vida substituir esse estudo do cuidado com a morte.”
(*Dourado*)

De forma unânime, os educadores acreditam que objetivos educacionais relacionados à tanatologia e à educação para a morte são temáticas essenciais para a formação. Dividem-se opiniões acerca do trabalho desses objetivos educacionais quanto à disciplina específica ou transversais em diferentes componentes curriculares.

“Existem temas que, como professores, achamos que deveriam ser transversais ao currículo em todos os momentos da formação para você ter esse desenvolvimento em espiral desse estudante e desenvolver o olhar dele.”
(*Violeta*)

“Acho lamentável a gente olhar um currículo, uma formação técnica de enfermagem, que não olhe, que não aborde essa temática obrigatoriamente. Eu falo porque o nosso currículo, pelo menos o currículo em que eu trabalho, não tem obrigatoriamente essa disciplina como obrigatória.” (*Magenta*)

Anil reflete, também, acerca do espaço do trabalho com objetivos educacionais enquanto parte da educação generalista, abrindo a necessidade de uma conversa acerca dessa questão.

“Cansei de ouvir falarem pra gente que a graduação dá o básico e você precisaria aprender lá fora. Isso é um lema que eles pregam que eu acredito que eles ficam tão confusos. Nós, enquanto formadores, o que seria ideal pro indivíduo, para aquela formação, que não sabemos o que priorizar nesse mundo tão grande de necessidades.” (*Anil*)

Quando debatidos os currículos em que atuam no momento, dois sentimentos emergem do grupo. Os docentes reconhecem, de forma unânime, a necessidade de revisão da questão no currículo. *Turquesa* convida a própria escola, com seus espaços institucionais, para

promover estratégias de capacitação para a temática e o compartilhamento de experiências pedagógicas exitosas para a facilitação dos objetivos de aprendizagem.

“É um currículo procedimentalista, é um currículo muito assistencial, em quesito de procedimentos, cuidados, aquela coisa ‘ah, medicação, procedimento, reanimação...’. E aí se esquece desse processo e do outro, então esse aluno não é ensinado desde ali na teoria até o próprio estágio.” (Violeta)

“Eu acho que a sensibilização do docente, a abordagem, a capacitação com ele era uma coisa que eu teria feito a diferença pra mim pra mudar as minhas práticas enquanto docente nessa área da morte e do morrer, porque foi através do olhar do outro que eu percebi que era uma falha pedagógica pra mim.” (Violeta)

“Gostaria que tivesse mais espaços coletivos. (...) Então eu sinto essa necessidade para a melhoria do profissional professor, da experiência do aluno, acho que isso só tem vantagens, quando você multiplica experiências que deram certo, a metodologia que funcionou.” (Turquesa)

Porém, há no grupo o pensamento e acreditação na construção curricular enquanto um processo exitoso. Acreditam que frente às limitações institucionais e considerando o recorte do tempo de nascimento do curso, a carga horária prática, o compromisso do corpo docente e a humanização enquanto valor, há no curso o potencial para prover o espaço educativo necessário para abarcar a temática no corpo do plano de curso e do currículo.

“Eu acho que toda a diferença ela faz com o aluno, não é nas horas teóricas, não, acho que o grande diferencial do nosso curso tá na organização da parte prática. Como o aluno tem vivências em campos diferentes, com professores comprometidos, a vivência e as oportunidades e oportunidade de serviço, contextualização com a teoria vinculada à prática, isso leva a formação diferenciada no mercado de trabalho.” (Citrino)

“A maioria deles trazem pra mim essa característica de sempre estar questionando, perguntando, então eu vejo que eles têm um conhecimento hoje muito grande e uma vivência, a gente mora perto da capital, e então eles têm uma vivência hoje de mundo muito grande. Eu acredito que eles vão pro mercado de trabalho muito mais preparado para buscar mudanças, para buscar alternativas de melhorias, do que outros profissionais de um outro tempo atrás.” (Malva)

Houve, por fim, percepções dos educadores do estado da arte da estrutura curricular do curso da instituição e de outras instituições que ofertam a formação técnica em enfermagem. Anil trouxe a percepção, mediante o seu contato com a estrutura curricular de outros cursos,

que parece haver uma necessidade emergente de debater a escrita de currículos mais bem contextualizados às necessidades reais da educação profissional.

“Se você analisar com frieza o currículo de outras instituições, instituições privadas e outras públicas, o currículo é bem parecido. A questão nossa eu acho que o diferencial fica na parte prática, a organização prática que me demandava muito trabalho é necessária.” (Citrino)

“Quando fui avaliador, eu indeferi todos os pedidos que eram curso técnico ofertado por instituições de graduação em enfermagem, instituições privadas que querem ofertar o técnico. Com o mínimo de sensibilidade que tenho nesse tema e os outros temas eu não conseguia ver ali que o perfil do egresso, até mesmo por não cumprir funções básicas.” (Anil)

3.2.2 Educação para morte, objetivos educacionais e sujeito que cuida como objetivo educacional

Quando indagados acerca da primeira morte vivenciada na trajetória da enfermagem, diversas percepções emergiram na fala dos participantes. As primeiras lembranças com experiências relacionadas com a morte e o morrer surgem associadas a diversas emoções, como desamparo, constrangimento, frustração e falta de acolhimento.

“Como se fosse um dia normal, sentamos lá na sala, não lembro se a professora falou do assunto um pouco, mas relativizou a situação e continuou o trabalho, sem nenhum acolhimento.” (Dourado)

“Então meu primeiro contato ali foi frustrante, primeiro porque não ia ter mesmo como o paciente voltar e segundo porque eu não consegui executar.” (Ocre)

“Aí eu respirei e sabe quando você engole o choro que desce seco? Aí eu fui lá, fiz esse exame dela com todas essas sensações, desespero, medo, choro, raiva, tudo junto.” (Violeta)

“Fiquei constrangida, ‘nossa, não dou conta, sou fraca, se alguém precisar que eu faça uma manobra eu não vou conseguir’.” (Ocre)

“Eu fui embora chorando, não quis voltar, fiquei muito sentida por ter sido uma paciente que eu tinha convivido pouco dias atrás e saber que ela teve uma parada e que ninguém fez nada pra ajudar e escreveram que tinha feito.” (Lavanda)

Ao rememorem experiências com a morte e o morrer significativas durante a sua trajetória de vida, relações com a prática assistencial na enfermagem foram construídas. *Magenta* conta sobre os novos olhares lançados a esse cuidado a partir de uma experiência pessoal que a colocou em contato com a possibilidade da sua finitude. *Malva* reflete como sua prática profissional poderá ser impactada a partir da vivência do processo de morrer de um ente querido. *Lavanda* conta como os afetos vivenciados na trajetória da morte de uma pessoa de seu núcleo familiar relacionam-se diretamente com a sua atual atuação assistencial.

“Eu precisei ressignificar que a morte não era uma certeza apenas para os meus pacientes, mas também para mim, né, enquanto profissional de enfermagem e enquanto paciente.” (Magenta)

“Até então você só pensa na pessoa, no doente, em quem faleceu e nunca dá muita importância pra família. Mas agora o que vai mudar depois dessa experiência que eu tô tendo é que o meu olhar para a família muda.” (Malva)

“Hoje eu trabalho pra idosos e transfiro pra eles essa dor que eu trago de não ter cuidado do meu ente querido e cuido desses idosos hoje como forma de recompensa de uma dor que eu carrego.” (Lavanda)

Surgiram também ponderações acerca do impacto das experiências profissionais nos significados e hábitos experimentados no âmbito pessoal. *Anil e Citrino* estabelecem relação entre desconfortos vivenciados em suas práticas profissionais e suas vivências enquanto pais.

“Hoje, talvez isso tenha um impacto muito grande em mim por causa dos meus filhos, maior do que quando eu era solteiro.” (Anil)

“Pra mim estar grávida naquele momento, fazendo entrevista de uma família que tinha acabado de perder um ente querido, não foi uma experiência boa, eu sai dali ‘meu Deus, o que eu tô fazendo aqui?’.” (Citrino)

Ainda sobre esses impactos, *Violeta* reflete sobre o seu cuidado mediante situações de violência e episódio de violência e morte que presenciou na infância. *Esmeralda* relata, ainda, a dificuldade de lidar com o óbito de uma mulher em idade aproximada à que essa educadora se encontrava na data da ocorrência.

“Fiquei bastante tempo, quase uma semana, emocionalmente muito triste, triste mesmo por aquela morte. Eu não sei, essa evolução é se eu não evolui, se eu não busquei trabalhar isso, ou se estão relacionados a contextos diferentes, causas diferentes.” (Violeta)

“E aquilo me chocou um pouco por eu ter visto que ela tinha a mesma idade.” (Esmeralda)

Surgiram relatos de como o local social conferido a esses participantes, enquanto profissionais da enfermagem, impactaram em óbitos em sua rede socioafetiva. *Lavanda* conta acerca de como sua atuação e formação profissional a sujeitou a afetos específicos relacionados à morte de uma pessoa em sua rede socioafetiva. *Anil* reflete sobre a responsabilidade a ele conferida no oferecimento da má notícia de uma morte em sua família. *Ocre* conta acerca da percepção de responsabilidade experienciada nas relações familiares frente aos cuidados paliativos de uma pessoa querida por ser enfermeira.

“Eu fui muito sobrecarregada na época por ser da saúde, então minha família sempre achou que eu sabia de tudo o que tava acontecendo, depositaram muitas expectativas em mim.” (Lavanda)

“Lógico, todos os meus irmãos pensam que por eu ser da saúde eu fiquei com essa incumbência, mas não é fácil, isso não foi fácil.” (Anil)

“Isso mexe comigo porque eu sou a filha mais apegada, a que ela tem mais confiança. Então tem hora que eu tô me despedaçando, eu ligo pra ela e ela fala algo pra mim, eu pesquiso.” (Ocre)

Ao refletirem sobre as emoções relacionadas aos vínculos estabelecidos com o moribundo durante a prática assistencial em enfermagem, dois aspectos de relevância surgiram. *Púrpura, Turquesa, Malva e Lavanda* ressaltam a relação entre o vínculo estabelecido com o sujeito sob os seus cuidados e a experiência afetiva vivenciada frente à morte dele.

“Eu tive outros casos que me marcaram pela proximidade do paciente, eram pacientes que eu conhecia mais.” (Turquesa)

“Esse paciente marcou mesmo, foi em 2005, porque eu fiquei muito tempo com ele, a relação que eu tinha com esse grupo de alunos era uma relação mais forte.” (Malva)

“Por mais trágico que, às vezes, são as situações que eu vejo no IML, os corpos, as coisas que todo mundo acha que é chocante, isso não me abala mais hoje porque eu não tive contato com eles antes.” (Lavanda)

Turquesa e Anil refletem acerca da existência de espaços institucionais para o compartilhamento de experiências e simbolização dos lutos vivenciados nos ambientes de cuidado onde o morrer e as mortes acontecem.

“Nesse caso que eu falei que quase todo mundo chorou de verdade, técnicos chorando, todo mundo ia lá e voltava chorando, 80% da equipe chorou nesse dia. E, mesmo assim, não houve um feedback que seja, nada, não houve nada, simplesmente aconteceu, passou, não se falou sobre isso, acabou.” (Turquesa)

“Enquanto equipe existe, mas isso do ponto de vista informal. Do ponto de vista serviço eu acredito que seríamos, até vamos dizer assim, criticados e mal interpretados caso a gente levasse uma demanda dessa pro serviço.” (Anil, referindo-se à existência de espaços de apoio ao luto)

Ao refletirem acerca das emoções experienciadas pelos estudantes sobre os processos de morte e morrer vivenciados durante a formação profissional, questões diversificadas foram suscitadas. Houve menções às emoções que foram manejadas satisfatoriamente nos espaços de APS quando óbitos ocorreram.

“Os alunos todos tiveram a oportunidade de vivenciar e ela nos permitiu a oportunidade de vivenciar aquele momento, que eu acho que foi de grandeza da parte dela também.” (Citrino, referindo-se à permissão de uma mulher puérpera após o parto de um filho morto)

“Eu já estive em atuação em campo de estágio que uma jovem, uma adolescente, faleceu no box de emergência e, após aquela situação de emergência, o maior trabalho que eu tive foi conter, conter não, apoiar, essa seria a palavra melhor, as alunas que estavam no campo, principalmente as alunas que eram mães.” (Anil)

Violeta e Ocre relatam que perceberem, no momento do óbito, um maior enfoque dos estudantes para os procedimentos de reanimação cardiorrespiratória em detrimento da atenção à morte do indivíduo. Houve, ainda, o relato de *Púrpura* acerca do abalo emocional de uma estudante desencadeado por um óbito infantil.

“Então eu perguntei como eles estavam e eles estavam mais ligados no processo de reanimação do que naquela coisa de ‘morreu alguém, morreu alguém, tem uma pessoa morta na sua frente, era uma pessoa que tinha uma família, que tinha uma história’.” (Violeta)

“Eles estavam ansiosos por isso, para fazer as manobras de ressuscitação e a equipe que eu estava do setor também era uma equipe preparada.” (Ocre)

“Eu contei todas as dificuldades que eu tive como orientadora naquele dia, foi difícil, mas eu penso que esses alunos saíram um pouco mais fortalecidos no sentido profissional.” (Púrpura)

Ao elencar as estratégias e recursos didáticos a serem utilizados, os educadores levantaram possibilidades a serem desenvolvidas nos espaços teóricos e práticos da formação. *Anil* traz a importância do desenvolvimento dos componentes atitudinais voltados à temática. *Turquesa e Violeta* salientam a necessidade da atuação junto aos objetivos educacionais desde o início da formação, visando uma integração teórico-prática.

“Não é só cognitivo, é atitudinal, né, então a gente sempre lembra que as competências têm a sua formação cognitiva, mas ela se concretiza com a atitudinal, o que você conseguiu transformar aquilo em determinada situação.” (Anil)

“O professor tem que questionar o aluno antes de ir para essa situação, senão ele chega na situação e nunca se perguntou isso, nunca vai saber ‘como fazer na minha primeira situação hospitalar, qual o meu sentimento?’ Talvez ele nunca vai ter se questionado isso.” (Turquesa)

“Chega na formação de saúde, teve os semestres de teoria e em nenhum momento foi abordado, ou se foi, de maneira limitada... Como vou esperar que ela chegue no estágio e ela vá apresentar um comportamento diferente?” (Violeta)

Nos campos teóricos, foram citadas diversas estratégias pedagógicas, como o trabalho com textos, além da utilização de situações problema em espaços laboratoriais e oficinas.

“Em alguns momentos, eu trago leituras.” (Esmeralda)

“Seja trazendo um caso concreto e trabalhando com esse aluno, seja você pegando um caso no estágio.” (Turquesa)

“Dentro do laboratório, de um espaço, que seja propício de trabalhar esse tipo de conteúdo.” (Turquesa)

“Tenho guardado aqui essas oficinas, como fizemos isso, e isso é bem importante.” (Anil)

Surgiu, na fala de alguns educadores, a importância de estender a educação para a morte para os espaços de APS. Foi citado o oferecimento de locais de debate e de expressão de emoções e percepções acerca dos momentos de morrer e de morte, junto aos estudantes, quando os óbitos surgiam durante a prática.

“Nos cenários de prática, a partir do disparador do acontecimento, ouvir esses indivíduos e identificar esses indivíduos e a partir daí oferecer instrumentos, ferramentas científicas que possam auxiliar a poder superar isso, seja do ponto de vista pessoal ou profissional, para eles entenderem.” (Anil)

“Em um momento posterior a agente retomou isso, essa questão com eles, como professora, não no sentido de recriminar, de dizer que nossa, vocês precisavam de mais equilíbrio, nada disso... Mais no sentido de preparar eles para essa realidade que faz parte da nossa profissão.” (Púrpura)

Mostrou-se iminente o surgimento de questionamentos acerca da capacitação dos educadores para o manejo dessas situações em campos de APS. Os participantes referem não se sentirem seguros para a discussão dessas questões. *Anil* aponta, ainda, haver, por parte de alguns educadores, compreensões acerca do estudante que o distância do manejo dessa temática.

“Como professora eu sinto insegurança nesse tipo de assunto que é um assunto que eu não domino. Nos assuntos que a gente domina é diferente. Eu fico muito insegura em abrir um assunto e não fechar direito esse assunto.” (Turquesa)

“É como se você soltar um fio desses, você fala dois minutos, manda as pessoas ir embora e manda a pessoa com esse fio solto. É pior né? Porque é empatia, vai repercutir naquela pessoa.” (Violeta)

“Enquanto docente, professor de curso técnico, a gente tem algumas limitações quanto a isso. Limitações que a gente cria no nosso imaginário, limitações até mesmo do educando, do ponto de vista de entendimento fisiológico, clínico, ou até mesmo do nosso, entre aspas, julgamento do que o entendimento dele seja, né, pré-julgamento que é horrível de qualquer ponto de vista.” (Anil)

Parte do grupo indica os espaços de educação continuada e pós-graduação enquanto oportunidades para a obtenção de recursos para o enfrentamento da morte e do morrer. Houve,

referência à importância de oportunidades de troca entre os próprios educadores para a sensibilização, a capacitação e a partilha de afetos acerca da temática.

“Eu nunca busquei fazer especializações na área da morte e do morrer, nunca trabalhei em cuidados paliativos, então a minha trajetória profissional me fez construir essa conexão.” (Violeta)

“Eu não tinha formação, eu não tenho formação, mas hoje eu quero, eu busco informação sobre o tema, mas eu quero sim me aprofundar um pouco.” (Magenta)

“O professor tem que se preparar pra dar esse conteúdo, aplicar aquele conteúdo na prática. Fica uma dica, fazer um tipo de preparo com a gente, falar. Gostaria que tivesse mais espaços coletivos. Acho que agora, na pandemia, isso se estreitou mais, as relações se estreitaram o compartilhamento de vivências e conteúdos... pela dor, pela necessidade, se estreitou.” (Turquesa)

Ao refletirem sobre a educação para a morte durante a formação em enfermagem, nos níveis técnico e superior, uma importante ponderação surgiu na fala da maioria dos participantes. Pontuam que a formação profissional os capacita para atividades que tenham como objetivo educacional a cura e a vida.

“Eu não tive esses espaços de diálogo sobre a morte nem no meu âmbito profissional nem no meu âmbito pessoal, além de ler aqueles textos em que ‘ah, aqueles profissionais vivenciam o luto’, como profissional de saúde você é ensinado que precisa salvar, tem que dispende todos os esforços pra curar.” (Violeta)

“A gente, enquanto educador, está criando uma realidade que depois gerou uma frustração nesse aluno, esse agora profissional de saúde?” (Magenta)

“Muitas vezes eles vão achar que tudo pode ser curável, toda doença pode ser curável.” (Magenta)

Ao surgirem, nas práticas assistenciais, as mortes dos sujeitos sob seus cuidados, emergiram sentimentos diversos, como a insegurança, a culpa, a compaixão, a impotência e o fracasso.

“Eu não fui o máximo que eu poderia ter sido, a equipe não foi o máximo que poderia ter sido. Se a gente tivesse minimamente tido os conhecimentos que temos hoje, ela não teria morrido, um filho não teria sido criado sem mãe.” (Citrino)

“Eu falo para o meu marido ‘Nossa, amor, eu morri de pena de um paciente’. Eu me apego com os pacientes de um jeito.” (Púrpura)

“Você acaba com o dia da equipe, os profissionais, é difícil lidar com isso. Por mais que você saiba que a gente simplesmente tá aqui para tentar fazer o que a gente tem de conhecimento técnico, sempre aprimorando, mas a gente não tem o poder de decidir quem fica e quem vai, é sempre muito complicado.” (Anil)

“Fiquei constrangida, ‘nossa, não dou conta, sou fraca, se alguém precisar que eu faça uma manobra eu não vou conseguir’.” (Ocre)

Púrpura, Magenta e Lavanda refletem acerca dos significados e sofrimentos deles, enquanto sujeito integral, dentro da prática assistencial.

“Você ter que associar o protocolo e você estar vendo que é uma pessoa que tá morrendo e você lembra da técnica, você fica ‘bom, onde eu vou me situar em tudo isso aqui, como pessoa?’.” (Púrpura)

“Por mais que a gente fale do paciente, pra gente cuidar, a gente precisa tá bem, a gente precisa ter o profissional da saúde bem em todos os aspectos senão é uma incoerência.” (Magenta)

“Cada um contou sua história e ele nos lembrou que nós estamos fazendo a enfermagem pra cuidar da nossa própria dor. Eu escolhi me dedicar à enfermagem por cuidar de mim, da dor que eu tive quando meu pai precisou. Hoje eu trabalho pra idosos e transfiro pra eles essa dor que eu trago de não ter cuidado do meu pai, e cuido desses idosos hoje como forma de recompensa de uma dor que eu carrego.” (Lavanda)

Ao refletirem sobre as emoções experienciadas em campos de APS, as falas dos educadores compreendem experiências dialógicas entre eles, profissionais da enfermagem, estudantes e sujeitos morrentes. *Púrpura* conta que, quando os óbitos ocorrem em espaços em que atua enquanto educadora, as emoções vivenciadas por ela e pelos estudantes são expressas de forma catártica. *Malva e Anil*, contudo, optam por criar estratégias que minimizem expressões emocionais para facilitar o manejo das emoções dos estudantes. *Ocre* conta que, na vivência dos educandos, percebe uma postura evitativa acerca das emoções experienciadas em um campo de estágio onde se prestam cuidados paliativos de forma especializada.

“Foi aquele alvoroço, porque eu acho que a gente se envolve muito emocionalmente, era aluno chorando, trocando medicação, pedido de exame sumindo, os profissionais lá dentro empenhados e eu tentando segurar a peteca lá.” (Púrpura)

“Mas no geral, quando eu lido com isso, eu procuro bloquear qualquer emoção pra eu conseguir fazer o trabalho.” (Malva)

“No ponto de vista como professor de estágio talvez eu, como professor, eu conseguia criar ali uma, vamos dizer assim, uma proteção minha e uma solidez enquanto professor daqueles alunos para tentar explicar pra eles que aquela situação era uma situação que acontece.” (Anil)

“Poucos ali absorviam isso, sabe, a maioria partia pra esse lado aí, de que tinha que ter frieza pra cuidar, que não queria trabalhar com cuidados paliativos, porque não teria estômago e nem um equilíbrio emocional pra estar nessa situação.” (Ocre)

Quando questionados sobre o que entendem como educação para a morte, emergiram entendimentos distintos acerca da pessoa afetada pela ação. *Magenta* traz um compreensão do assunto tendo o sujeito que morre enquanto principal beneficiado deste cenário, contextualizando a educação para a morte no âmbito dos cuidados em saúde.

“A educação para a morte é preparar, falar com esses alunos e futuros profissionais, falar sobre a morte, falar que o paciente precisa ter sua dignidade preservada, que a gente não cuida só da doença, a gente cuida do paciente que tá morrendo e isso envolve vários aspectos: o aspecto físico, espiritual, familiar, social, é respeitar as decisões daquele paciente, é conversar sobre o que ele quer.” (Magenta)

Em uma fala posterior, há a expansão dessa compreensão no contexto de cuidados para os profissionais que cuidam.

“Trabalhar com a morte é isso, ver o paciente morrendo e ficar bem, e fazer tudo o que está ali disponível.” (Magenta)

“Aprender a entender e refletir sobre como lidar com o processo da morte daquele paciente, afetando você, e como lidar com isso profissionalmente.” (Violeta)

Em suas reflexões, *Anil*, *Esmeralda* e *Violeta* compreenderam, porém, que a educação para a morte não se resume à uma estratégia inerente ao cuidado em saúde. *Violeta* entende a educação para a morte enquanto pertencente a todas as fases do desenvolvimento humano. *Esmeralda* abarca o impacto das mortes nos enlutados e *Anil* colabora com a ideia levantando o caráter subjetivo do luto nos diferentes indivíduos.

“Então a educação para a morte eu entendo que seja compreender que existe vida além da morte, porque ela não tá só associada a aqueles que partiram, mas associada a aqueles que ficaram.” (Esmeralda)

“Mas pra gente falar da morte e a gente precisa entender e compreender, acredito eu, como isso impacta e como isso vai impactar o indivíduo, não é que a gente nunca vai saber medir isso, mas como que o indivíduo entende aquilo?” (Anil)

“Então a educação pra morte é mais complexa, envolve a morte em todas as etapas da vida e como você lidou com isso.” (Violeta)

Houve, ainda, o compartilhamento de *Ocre* acerca de sua busca pela temática devido à uma demanda emergida em seu contexto socioafetivo. Ao ouvir uma ação de um profissional da saúde na internet relacionada à educação para a morte, considerou que o contexto fatalista da finitude humana lhe trouxe emoções percebidas por ela enquanto negativas.

“Ela falando que todo mundo vai morrer de câncer, hipertensão diabética... Foi falando e me deixando tão pra baixo e eu falei ‘gente, eu não acredito... ao invés de melhorar, porque eu queria estudar isso pra me preparar pra minha mãe ou até mesmo pra minha as vezes eu até morro antes dela’.” (Ocre)

Pensar na forma como a educação para a morte é abarcada dentro da educação profissional trouxe, para além das já suscitadas percepções de ausências, a reflexão dos atravessamentos culturais no currículo. *Magenta, Esmeralda e Violeta* discutem acerca do silêncio social atribuído à morte e ao morrer e a forma como ele dialoga com a formação.

“Desmistificar isso nos cursos, porque na nossa sociedade a gente já não gosta de conversar sobre ela. Se a gente levantar a conversa sobre a morte em qualquer lugar todo mundo ‘Ah, Deus me livre, vamos parar de falar disso’.” (Magenta)

“Acredito que muitas vezes no nosso meio, principalmente relacionado a religiosidade e a sociedade, a gente tem lidado de uma forma com a morte como se a todo momento ela não fosse algo inevitável.” (Esmeralda)

“É complexo, trabalhar com essa coisa de educação para a morte nessa sociedade onde não se discute a morte, onde a morte é esse mistério, essa coisa ruim que precisa ser escondida.” (Violeta)

Anil compreende, junto à *Violeta e Magenta*, uma responsabilização compartilhada pela educação profissional em enfermagem na gradual desconstrução do silêncio atribuído à questão.

“Então onde a gente vai falar? Enquanto educador, enquanto profissional da saúde é justamente nesses espaços de formação.” (Magenta)

“É difícil, né? Porque você passou a vida inteira sem poder dizer e entender sobre a morte, aí você entrou numa formação de graduação ou pós-graduação, aí a educação para morte vai ser ensinar sobre a transmissão disso? Como dissociar isso? É impossível dissociar a morte.” (Violeta)

“Mas talvez se a gente pudesse a partir disso contribuir com esses indivíduos e trazer para eles, para eles poderem entender que a morte faz parte do ciclo da vida, faz parte, isso talvez fosse menos silenciado.” (Anil)

Os educadores mostraram-se disponíveis ao debate da educação para a morte enquanto sujeitos que cuidam. *Turquesa* traça uma interrelação entre a forma como esses atores lidam com a temática da morte e o morrer na sua prática pedagógica.

“Quando o professor vai introduzir esse tipo de assunto na sala de aula, obviamente ele vai lidar com pessoas com diferentes experiências. Ele vai lidar com pessoas com experiências distantes, como é o meu caso, eu realmente não tenho muita facilidade de falar sobre esse assunto, mas eu acho que pode ser por isso.” (Turquesa)

Magenta e Turquesa compreendem, ainda, a relação entre a facilitação de estratégias pedagógicas na temática e a viabilização de significados que comporão o entendimento do futuro técnico de enfermagem frente à morte e o morrer.

“A gente, enquanto educador, está criando uma realidade que depois gerou uma frustração nesse aluno, esse agora profissional de saúde?” (Magenta)

“Então o professor tem que questionar o aluno antes de ir pra essa situação, senão ele chega na situação e nunca se perguntou isso, nunca vai saber como fazer na minha primeira situação hospitalar, qual o meu sentimento? Talvez ele nunca vá ter se questionado isso.” (Turquesa)

Por fim, *Violeta* contribui para a reflexão da prática docente na educação para a morte sob a perspectiva de uma educação integral. Levanta o papel dos significados intersubjetivos compartilhados por diversas relações estabelecidas na educação: educador

enquanto estudante, educadores com educadores, educadores junto aos estudantes. Ressalta, ainda, a potência dessas relações para a mudança da práxis envolvida no processo pedagógico da educação para a morte na formação profissional em enfermagem.

“Eu acho que a sensibilização do docente, a abordagem, a capacitação com ele era uma coisa que eu teria feito a diferença pra mim pra mudar as minhas práticas enquanto docente nessa área da morte e do morrer, porque foi através do olhar do outro que eu percebi que era uma falha pedagógica pra mim.” (Violeta)

3.2.3 Discussão

Para a compreensão da educação para a morte na formação profissional da enfermagem, traremos as contribuições de dois grandes pesquisadores na área. Przemysław Paweł Grzybowski²³, pesquisador polonês, foi responsável pela estruturação teórica da tanatopedagogia. Maria Júlia Kovács, pesquisadora brasileira, que também contribuiu com a temática com uma diversidade de escritos capazes de oferecer um arcabouço teórico-conceitual e problematizar o assunto no cenário brasileiro, As pesquisas dessa autora são vinculadas às particularidades de diferentes grupos, contextos educacionais e fases do desenvolvimento, bem como de orientar uma práxis contextualizada aos entremeios da cultura do país^{24, 25}.

Kovács discute que a formação dos profissionais da enfermagem junto aos sujeitos que vivenciam seus processos de morrer e morte, bem como à rede socioafetiva desse sujeito, requer um processo de aprendizagem que não se reduz ao momento de formação profissional. A educação para a morte mostra-se enquanto um objetivo de aprendizagem a ser considerado nos diferentes ciclos de desenvolvimento do indivíduo, da infância até a fase do envelhecimento. O processo de aprendizado dá-se, assim, mediante às particularidades cognitivas e experiências vivenciadas em cada etapa, incluindo aspectos relacionados às experiências do indivíduo que extrapolam os muros das escolas e das universidades²⁵.

Grzybowski²³ contribui com a compreensão de uma educação para a morte para além das instituições educacionais ao referir os diversos indivíduos que, em diferentes espaços, se relacionam com os processos de morte e morrer. Entende que a educação para a morte deve compreender os sujeitos que vivenciam a própria morte, à família, aos amigos e à rede comunitária. Relaciona-se, ainda, ao contato com a morte de pessoas desconhecidas, com quem se estabelece identificações, e com pessoas com as quais se desenvolvem relações de cuidados, evidenciando a abrangência de públicos e espaços que possibilitam esses diálogos.

O entendimento dos presentes autores permite um olhar para as compreensões trazidas pelos participantes da pesquisa acerca de como os sentidos e significados individuais relacionam-se com os entendimentos surgidos na prática profissional. A educação para a morte deve ser entendida como uma educação para a vida, que compreende a capacitação dos sujeitos envolvidos no contato com o morrente para o co-sofrimento, coadocimento e co-morte. Afirma o seu papel para o enfrentamento de questões que se relacionam à vida cotidiana e afetiva dos sujeitos, e não apenas ao enfrentamento individual do morrente frente ao próprio processo de morrer²³.

Kovács também contribui à discussão da educação para a morte enquanto algo a ser compreendido para o desenvolvimento de componentes atitudinais, que transcendem a formação baseada em técnicas, e dos conhecimentos teóricos descontextualizados da realidade do indivíduo. Afirma que ela deve ser “entendida como desenvolvimento pessoal, aperfeiçoamento e cultivo do ser, e não como padrões de informações, receitas prontas e doutrinação”^{24:2}.

No contexto estudado, a educação para a morte mostra-se alinhada à compreensão de educação integral trazida pelo *Currículo em Movimento*, política pública de educação básica adotada pela SEE/DF. Em seus pressupostos teóricos, o currículo da SEE considera haver, no currículo escolar, conhecimentos sistematizados e organizados que visam o alcance dos

objetivos de aprendizagem. Há, ainda, “práticas, habilidades, costumes, crenças e valores que conformam a base da vida cotidiana e que, somados ao saber acadêmico, constituem o currículo necessário à vida em sociedade”^{22:25}.

Segundo o mesmo currículo, a educação integral do indivíduo dialoga com a tanatopedagogia trazida por Grzybowski. Educar o indivíduo para a morte, em uma perspectiva de educação integral, não se resume à relação entre o estudante e o educador. Ela compreende uma teia complexa, composta por diferentes atores, pelos ambientes que os atores convivem, pelas diferentes situações e aprendizagens às quais esses atores foram submetidos e, conseqüentemente, às diferentes relações sociais e culturais que esses estabelecem²³.

Considerando o contexto da formação profissional técnica em enfermagem, Pitta²⁶ ressalta haver uma dissociação importante entre os entendimentos de doença e morte na cultura ocidental atual. Segundo a autora, havia um anterior entendimento da morte enquanto um evento advindo dentro de um contínuo alertado pelo início dos sintomas e possibilitado pelo processo de adoecimento que deixou de ser percebido pelos profissionais de saúde. Estes, agora, apresentam uma construção simbólica que dissocia o adoecimento, corriqueiro dentro dos cuidados nos espaços de saúde, de um natural processo de morte, entendendo o morrer e a morte enquanto um acidente que se apresenta furtivamente em uma prática que visa e entende a cura como processo subsequente ao adoecimento, utilizando para tal todos os recursos terapêuticos possíveis²⁶.

Essa dissociação não ocorre de forma isolada nos processos de formação e de cuidados em saúde. Ela se encontra contextualizada no pensamento sociocultural ocidental, que confere interrelações diretas com os conteúdos simbólicos que compõe o entendimento dos profissionais acerca da sua função nos contextos de cuidado aos indivíduos moribundos.

Dois pesquisadores contribuíram para o entendimento da construção do pensamento social tangente aos processos de morte e morrer na cultura ocidental - Philippe Ariès e Allan

Kellehear. Ariès comenta, utilizando-se de documentos historiográficos, obras literárias e artísticas, acerca do atual alheamento e falta de protagonismo do homem sobre o processo de sua própria morte²⁷. Kellehear discorre acerca de um processo, iniciado na Idade da Pedra, que culminou ao homem atual um prolongamento da vida que pode levá-lo à um processo de morte indigna²⁸.

A morte invertida, retratada por Philippe Ariès, é resultante de um processo que ocultou o morrer e a morte das grandes cidades, designando o moribundo aos hospitais. Contextualizada ao valor burguês de higiene, construído graças ao progresso das noções de assepsia, de conforto e de intimidade, a morte, seus fluídos e processos biológicos, passa a ser vista como suja e indesejável para o dia a dia produtivo da rotina do homem atual. Surge, aqui, a iminência dos grandes hospitais, com suas técnicas e aparatos tecnológicos, não apenas como espaços de cuidado, mas como instituições capazes de isolar da sociedade o indesejável contato com o momento final vivenciado pelos indivíduos cuja ciência médica não consegue mais postergar o inevitável²⁷.

Há um tratado silencioso entre os diferentes atores envolvidos no processo que visa silenciar a morte e o morrer. O moribundo agora deve gerenciar seu estado biológico sujo escondido e vivenciar em silêncio suas dores, tratando com elegância o enfrentamento do seu momento final. Os profissionais devem postergar a comunicação das más notícias, gerenciar a adequação das expressões afetivas e regular a duração do morrer. Os familiares mantêm sigilo frente ao moribundo acerca do seu processo de morte. Esses atores, juntos, garantem que a morte ocorra sem maiores constrangimentos que denunciem à sociedade produtiva que a vida tem seu fim²⁷.

A morte na Idade Cosmopolita, retratada por Allan Kellehear, conduz à reflexão acerca de como os processos construídos socialmente trazem para o enfrentamento desse momento vital a necessidade de controle do *timing*. O advento das ciências biomédicas,

farmacológicas e robóticas permite o adiamento do inevitável ou o controle, pelos profissionais, do processo de morrer e morte²⁸.

Minimiza, em contrapartida, os processos fisiopatológicos que levaram, outrora, às mortes ainda inesperadas, tornando o processo de morrer prolongado, desprovido de protagonismo, de consciência e de qualidade de vida²⁸. O morrer e a morte na Idade Cosmopolita de Kellehear é caracterizado como a:

incapacidade de programá-la com sucesso em termos clínicos e biográficos e de tornar o *timing* “bom” por meio de práticas sociais redentoras como doação de órgãos, a continuidade econômica ou a inclusão política. ^{28:447}

Dessa forma, para Kellehear, os profissionais de saúde ocupam-se na criação de um roteiro para adiar essa morte. O *timing* adequado deverá ser capaz de sincronizar as condições ideais desse morrer segundo os significados econômicos, socioculturais e os condicionantes biológicos da morte. Esse *timing* traz à tona o valor do indivíduo em seu contexto e a permissão para a sua morte, caminhando ao encontro dos papéis sociais e produtivos que o mesmo desempenha²⁸.

Há, ainda, contribuições de Norbert Elias, em suas obras *A Solidão dos Moribundos e Envelhecer e morrer*, que comportam importantes reflexões acerca de como os processos societários voltados para os papéis sociais relacionam-se com o controle e adiamento da morte. Para além dos aspectos voltados para o medo da aniquilação, o isolamento do idoso e do morrente relaciona-se com o (não mais) desempenho de suas funções sociais, que traz memórias não apenas da perda das funcionalidades e papéis sociais, como também se relaciona com sua capacidade produtiva e a sua relação econômica com as questões tangentes à renda e à previdência^{29, 30}.

A contribuição dos presentes autores, acerca do pensamento atual frente à morte e ao morrer, pode encontrar eco no entendimento dos educadores e dos futuros técnicos de enfermagem acerca de suas atuações no campo. As trocas estabelecidas com o ambiente e os

significados partilhados com a família, com a comunidade e com os profissionais refletem a cultura na qual os diferentes atores envolvidos no processo de morte e morrer encontram-se envolvidos^{23, 24}.

Observa-se, assim, uma relação entre as proposições trazidas pela educação para a morte e a política pública de educação adotada pela SEE/DF para a formação dos profissionais técnicos de enfermagem. Considerando a complexidade estabelecida pela relação entre os diferentes atores, o seu meio social e cultural e todos os aspectos envolvidos no seu processo de aprendizagem para a morte, mostra-se de relevante necessidade a compreensão da relação entre as percepções trazidas pelos educadores acerca da morte e o desenvolvimento dos objetivos de aprendizagem nos diferentes espaços abarcados pelo currículo da formação profissional²².

A partir da fala dos educadores, foi possível a observação de correlações realizadas por eles entre o contato com a morte e o morrer nos espaços profissionais e as emoções percebidas nos espaços interpessoais, que extrapolam os afetos estabelecidos dentro dos muros dos hospitais e abarcam os afetos estabelecidos nas suas redes de apoio. Observou-se também o surgimento de diversas emoções como a frustração e a tristeza, tanto para os estudantes, quanto para os educadores, quando a morte e o morrer se apresentam nos espaços de trabalho assistenciais e educacionais.

Elias^{29,30} traz importantes constatações acerca das motivações pelas quais o distanciamento da morte e do morrer dá-se do ponto de vista intrassubjetivo. A morte pode trazer aos sujeitos a experimentação de um terror relacionado a um fim absoluto, ao aniquilamento do indivíduo. Ela convoca a lembrança da própria morte e fura as fantasias compensatórias do indivíduo referentes à sua própria imortalidade.

Os indivíduos podem experimentar, junto ao terror, diversos sentimentos suscitados junto às experiências de seus desenvolvimentos ao longo da vida. Durante a infância, a

percepção desse indivíduo, enquanto uma consciência infinda em um corpo mortal e limitado, confere importantes mecanismos psíquicos defensivos que podem levá-lo a diferentes tipos de relações e emoções vividas junto à morte^{29,31}.

Esse terror frente ao próprio aniquilamento experienciado pelo profissional de saúde vai ao encontro da ausência de controle do mesmo frente à morte do sujeito sob os seus cuidados. Essa falta de recursos e de conhecimentos seguros pode convocar inseguranças, suscitar emoções indesejáveis, permitir o comparecimento de fantasias heroicas associadas à imortalidade e ao controle, podendo, involuntariamente, levar o profissional a afastar-se dos morrentes²⁹.

Segundo Elias, esse terror suscitado pela presença da morte pode, ainda, fazer com que as pessoas, de forma semiconsciente, a entendam como contagiosa e ameaçadora³⁰. As rotinas hospitalares permitirão aos trabalhadores alguma estruturação social para essa desconfortável situação, enquanto, segundo Pitta, eles terão que encontrar subjetivamente meios que os permitam “uma homeostasia entre a vida e a morte, entre a saúde e a doença, entre cura e óbito que tendem a transcender suas possibilidades individuais de administrar o trágico”^{26:33}.

Ainda segundo Pitta, há nos trabalhadores um temor que, ao entrarem em contato com o morrente, os sentimentos e as reações trazidos pelo mesmo os façam perder o controle da situação de cuidado e das próprias emoções. Refere haver, para esses trabalhadores, sistemas sociais de defesa que os permitam manter-se em posse dos próprios afetos frente à dor do outro:

- 1) a fragmentação e distanciamento da relação entre esse trabalhador e o morrente;
- 2) a despersonalização do indivíduo que morre e a negação da sua importância;
- 3) a negação e o distanciamento, pelo profissional, dos próprios sentimentos;
- 4) a tentativa, por meios de padronização e rotinas, de minimizar as decisões referentes ao desempenho das tarefas do

cuidado; e 5) a redução do peso da responsabilidade por esse cuidado, terceirizando decisões à outros membros da equipe²⁶.

No terror e na necessidade de gerir e afastar a morte, a técnica configura-se enquanto o refúgio para afastar a impotência e a precariedade de recursos do profissional para lidar com o morrente. Ela pode assumir, no contexto de cuidado, a tarefa de minimizar o impacto que a morte e o morrer trazem ao indivíduo que cuida, como também o sentimento de impotência por ele experimentado²⁶.

Porém, o afastamento e a despersonalização do sujeito podem, nessa seara, caracterizar um processo de desumanização do morrer. Ele pode assumir, interinamente o rótulo de paciente, ser submetido a procedimentos invasivos de forma constante e até mesmo desnecessária, além de ter sua rotina desconsiderada, seguindo obedientemente ao roteiro de cuidados²⁴. Mediante essa postura profissional, poderá haver o estigma e a rejeição junto ao morrente, procedimentos e reanimações desnecessárias e, a minimização das múltiplas perdas vivenciadas pelo morrente que, segundo Kellehear, faz com que as pessoas, simbolicamente, morram diversas vezes dentro do seu processo de morrer²⁸.

Há, assim, a necessidade de que o morrer seja reconhecido pelo profissional para que os cuidados sejam devidamente planejados sem que se incorra à despersonalização do indivíduo e a desumanização da morte²⁸. Para isso, a educação para a morte, inerente a todo o processo de desenvolvimento humano, deve ser adequadamente incorporada nos currículos de formação profissional, proporcionando-se, nessa fase da educação integral do sujeito, as oportunidades educacionais necessárias para a reflexão da cultura, a problematização de práticas e a aquisição dos recursos necessários para a transformação da prática social frente à morte e ao morrer²².

Nas proposições levantadas por Kovács e Grzybowski, há consenso no que tange à relevância de disciplinas específicas e ao trabalho transversal da temática em diferentes espaços

de aprendizagem durante a formação profissional. Corroboram, ainda, com o entendimento da importância das ações de educação continuada nas escolas, em outros espaços educativos, bem como das especializações *lato e stricto sensu*, *workshops*, vivências, supervisões, grupos focais e grupos multidisciplinares^{23,24}.

Kovács²⁴ apresentou em sua obra direcionamentos para a educação para a morte a serem realizados junto aos profissionais de saúde. Considera a sensibilização para os sentimentos e reflexões voltadas a temáticas como “a morte, como luto, suicídio, aproximação da morte, perda de pessoas da mesma faixa etária, acidentes, entre outras”^{24:177} essenciais. Além disso, ressalta a importância de realizar, durante a formação profissional, técnica e de nível superior, abordagens teóricas condizentes.

Porém, a autora ressalta que, nas suas formações, os profissionais devem ser preparados não apenas visando a re-humanização do cuidado ao morrente, mas com vistas a autorreflexão. O profissional deverá tensionar os seus limites, confrontar suas próprias concepções sobre seu papel profissional e entrar em contato com suas dores e sofrimentos. Assim, o processo educativo atuará não apenas enquanto uma ferramenta de transformação social na vida dos morrentes, mas também na vida daqueles que cuidam, impactando no cenário preocupante da síndrome de esgotamento profissional (Síndrome de *Burnout*) e na fadiga da compaixão, ocasionada pelo sofrimento físico e psíquico trazido pelo contato contínuo desses profissionais com os sujeitos que morrem – e com a lembrança da própria morte²⁴.

Há, portanto, a necessidade de visar nos ambientes educativos e assistenciais estratégias que busquem contribuir, junto ao indivíduo, rumo a compreensão da necessidade de espaços de simbolização dos lutos. Eles permitirão aos profissionais renunciarem à ilusão do controle e da eficácia associados à cura, à salvação, bem como admitirem-se vulneráveis e afetados pela morte do outro. A participação do indivíduo no cenário de morrer e de morte o permitirá, para além de admitir a existência do fim, entender que esse cuidado não implica em

um abandono, e sim em reconhecer o momento como parte da vida do indivíduo que se cuida e, por consequência, da sua própria vida^{24,26}.

Há, porém, a necessidade de refletir o real interesse desses educadores em espaços de formação na temática. Grzybowski, Kovács e Pitta apresentam leituras semelhantes acerca dos significados preponderantes dentro do processo de formação profissional, que caminha em direção ao ideal de negação e silenciamento da morte na cultura ocidental atual, materializado em práticas profissionais que postergam esse acontecimento vital dentro dos limites máximos possibilitados pelos recursos tecnológicos e terapêuticos. Observa-se, aqui, um processo de educação integral que, no campo do profissional, requer estratégias educativas capazes de romper uma lógica que se retroalimenta rumo ao silenciamento do morrente e ao sofrimento do indivíduo que cuida^{23, 24, 26}.

Uma estratégia educativa voltada ao educador, seja ela no campo da formação profissional, da educação continuada ou da pós-graduação, deve visar a sistematização de objetivos de aprendizagem que considerem o estudante, o educador e o sujeito que morre. Segundo Grzybowski, o educador é uma figura essencial neste cenário pois, a partir de um processo reflexivo que o permita entrar em contato com a complexa teia de relações simbólicas envolvidas com a morte e o morrer, ele poderá transmitir e viabilizar, junto aos estudantes, espaços ricos para a construção de conhecimentos acerca da própria temática, bem como do co-sofrimento, do coadocimento e da comorte, que possam ser experimentados na rotina de cuidados²³.

Observou-se também na fala dos educadores, o levantamento heterogêneo de experiências educativas que se apresentam fora dos muros da escola. As APS mostram-se de relevante valor no cenário da formação profissional, por permitirem a consolidação do entendimento de uma educação integral, amparada pelo *Currículo em Movimento*, que utilize os dispositivos comunitários do Sistema Único de Saúde como espaços de aprendizado²².

A relação entre a escola de formação profissional técnica em enfermagem e o Sistema Único em Saúde é de essencial relevância para a consolidação da educação integral e da Pedagogia Histórico-Crítica. Permite o encontro do processo educativo com os meandros culturais da comunidade escolar e um diálogo vivo entre os saberes comunitários onde os campos de prática que se inserem. Esses diálogos permitem o encontro entre os saberes construídos pelo conhecimento sistematizado nos muros da escola e os sistemas de crenças e valores vivenciados pelos diversos atores que lidam com o processo de morrer e morte²².

Dessa forma, o professor, imbricado na cadeia de significados do seu próprio processo educativo, encontra as oportunidades de aprendizado nos campos. Nesse momento, esse educador deverá estar atento aos momentos educativos nos campos do cuidado e ser capaz de mediar as relações estabelecidas com a escola e a comunidade que nela se inserem, permitindo uma efetiva integração dos conteúdos, dos projetos estabelecidos pelas APS e de outros aspectos considerados no seu planejamento pedagógico^{22, 32}. Segundo Saviani:

Os momentos verdadeiramente educativos são considerados raros, passageiros, instantâneos. São momentos de plenitude, porém, fugazes e gratuitos. Acontecem independente da vontade ou de preparação. Tudo o que se pode fazer é estar predisposto e atento a esta possibilidade.^{33:18-19}

Para isso, o educador será desafiado a mediar as questões tangentes à sua subjetividade, de forma a não minimizar a efetivação da educação integral do educando. Sua postura é essencial para permitir que os estudantes construam suas próprias interlocuções com a morte e o morrer em campo, efetivando o cuidado aos diferentes sujeitos que, em seu processo de morte e morrer, significam seus processos segundo o seu próprio conjunto de valores e que se comunicam intersubjetivamente com seus pares e suas realidades socioculturais. Segundo Grzybowski:

O professor não tem o direito de encaixotar e pressupor o conhecimento apenas baseando-se na sua própria e provinciana percepção de realidade, nem impor arbitrariamente esse conhecimento a outros e nem discriminar ninguém por ter diferentes valores ^{23:38}.

O espaço escolar da educação profissional em enfermagem traz à tona a questão das diferentes gerações, com seus respectivos contextos educacionais em sua trajetória, postos a dialogar. Grzybowski considera, dentro da tanatopedagogia, essencial a atenção aos diálogos estabelecidos entre as diferentes gerações, segundo as características tangentes aos diferentes estágios de desenvolvimento²³. Kovács, em seu livro *Morte e Desenvolvimento*, dedica-se a um estudo descritivo desses diferentes estágios, em perspectivas intra e intersubjetivas, que colocam as diferentes gerações em interação com seus contextos²⁵.

No contexto do trabalho do educador na formação técnica em enfermagem, o diálogo sobre a morte e o morrer entre as diferentes gerações que fazem parte da comunidade carrega particularidades que devem ser consideradas. Há, em uma primeira perspectiva, o possível atravessamento dos significados construídos acerca da temática no currículo e no encontro com os estudantes de diferentes gerações. Em uma segunda perspectiva, há as características particulares do momento de vida desse educador, que o coloca de encontro ou ao encontro das demandas trazidas pelos educandos.

Considerando a primeira perspectiva, há na fala dos educadores a percebida insuficiência da educação para a morte durante as diferentes fases do seu desenvolvimento: da infância à formação profissional. Há o aprendizado com currículos enrijecidos, que, segundo os mesmos, privilegiam o cientificismo, a tecnocracia e os aspectos procedimentais, incorrendo ao risco do reducionismo do significado da morte e a desconsideração do aspecto humanístico dela enquanto essencial para a educação para a morte^{24,34}.

Saviani descreve a necessidade da escola de superar os aspectos, descritos por ele, enquanto parte de uma educação tecnicista. O advento da ciência e dos métodos científicos preponderantes desse modelo de ensino, ainda percebidos enquanto valores essenciais para a educação em saúde, pode trazer para a relação entre o educador e o estudante o foco para um processo pré-estabelecido que diz a eles o que farão e como farão³².

Há, no cotidiano de trabalho do técnico de enfermagem, aspectos sociais do trabalho que o aproxima de forma ostensiva do sofrimento psíquico e da alienação do trabalho. Em contrapartida ao trabalho do médico e do enfermeiro, que concentram os aspectos decisórios e pensantes, a equipe técnica concentra-se em execuções de rotinas e procedimentos e exercem o trabalho mais intenso, repetitivo e mal remunerado. Convivendo com uma função social do seu trabalho, entendida como desprivilegiada e desvalorizada, enquanto convivem, a maior parte do tempo, cuidando e vigiando o processo de morrer dos sujeitos sob os seus cuidados²⁶.

Observa-se, na formação técnica de enfermagem ancorada em um currículo tecnicista, uma perigosa relação com os mecanismos sociais de defesa propostos por Pitta previamente salientados. Incorre-se ao risco não apenas de alienação frente ao próprio processo de trabalho e cuidado, mas também de distanciamento e de desumanização da morte e do morrer²⁶. Há, aqui, a necessidade de a formação técnica desenvolver objetivos de aprendizagem que possibilitem retomar o caráter crítico e o potencial desses profissionais enquanto agentes de transformação social – da cultura de cuidado aos morrentes tendo como objetivo o sujeito que morre e o sujeito que cuida^{22, 32}.

Em prisma, há uma outra perspectiva acerca do diálogo geracional, se fazendo necessário o retorno à compreensão de Saviani acerca dos momentos educativos acima refletidos. Os educandos estão constantemente submetidos às representações da morte nos diferentes veículos midiáticos, nas artes e nas redes sociais. Há o uso constante de símbolos de poder e imortalidade por parte de diferentes heróis. A ambivalência da morte chocante, desnuda e despersonalizada observada nos noticiários e as identificações, expressas pela comoção societária e luto coletivo, com a morte de grandes ídolos ou de anônimos em seu minuto de fama ocasionado pela morte^{23,24}.

Kellehear levanta que a agilidade no compartilhamento de informações tem o potencial de mudança na forma do sujeito de entender o mundo. Assim, esses fugazes conteúdos

poderão ser percebidos pelo educador quando estes surgirem dentro dos muros da escola e nos espaços de APS²⁸. Poderão ser entendidos, por meio de uma avaliação diagnóstica, enquanto o real do momento educativo que permitirá ao professor identificar a zona de desenvolvimento proximal do estudante, de forma a planejar os objetivos de aprendizagem e identificar os recursos pedagógicos necessários³⁵.

3.3 CATEGORIA 2 - “E O FUTURO É UMA ASTRONAVE QUE TENTAMOS PILOTAR”: O EDUCADOR E A CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Mediante os dados obtidos, mostrou-se necessário explicitar as compreensões acerca dos cuidados paliativos, enquanto filosofia e direcionamento para os cuidados em enfermagem, para os educadores entrevistados. Na fala dos participantes constata-se três direcionamentos essenciais. O primeiro diz respeito à noção dos sujeitos que se beneficiam dos cuidados paliativos, o segundo quanto à natureza e a complexidade do cuidado prestado e o terceiro quanto à percepção desses educadores acerca da relação entre a própria trajetória educativa e o trabalho junto aos objetivos educacionais da temática nas disciplinas teóricas e nas APS.

Quando questionados acerca do que entendem enquanto cuidados paliativos, surgiu de forma orgânica a majoritária associação entre esses e a atenção em saúde oferecida aos sujeitos para os quais “já não há o que fazer”. A associação dos cuidados paliativos por destinados aos sujeitos que vivenciam doenças que não apresentam possibilidades de tratamentos modificadores da doença trazem, na fala dos educadores, a terminalidade e a morte enquanto imperativos a serem vivenciados em suas práticas de cuidados.

“Mas hoje eu entendo perfeitamente que é pra um conforto deles, que é quando a medicina já não vê mais o que fazer, né, não tem mais nenhuma intervenção que seja capaz de desfazer a moléstia do paciente, então ele entra em cuidados paliativos que são medidas de conforto pra ele, não machucar, maltratar, expor a procedimentos que não precisa.” (Lavanda)

“É saber que a pessoa está doente, que essa doença não tem como reverter, não tem cura, e através desse diagnóstico, que não foi favorável para ela, a gente tenta diminuir a dor da pessoa, os fatores que estão relacionados ao sofrer dessa pessoa com relação a doença e a manutenção da vida, da melhor forma.” (Dourado)

O cuidado com os que vivenciam o seu morrer em decorrência de diagnósticos oncológicos são citados, bem como com pessoas com doenças renais crônicas, infectocontagiosas, cardiovasculares, que envelhecem e vivenciam a morte como parte da vida. A clara associação dos cuidados paliativos enquanto um cuidado que compreenda a morte não enquanto uma certeza, mas enquanto uma ameaça surgiu na fala de *Esmeralda, Violeta e Ocre*.

“Na época, o cuidado paliativo era associado ao paciente oncológico.” (Violeta)

“Talvez eu ache que seja o grupo que, na saúde, consiga mais entender essa questão, essas equipes que trabalham com oncologia.” (Ocre)

“A partir daí minha visão ampliou mais pra entender que um paciente que é diabético, que é hipertenso, com HIV, deixa ver o que mais eu lembro, que são as doenças crônicas que a pessoa tem que conviver até o fim da vida dela.” (Violeta)

“Aí quando eu me tornei docente e eu fui trabalhar no hospital de apoio, tinha essa cultura de achar que todos que iam para lá estavam em estágio terminal. E aí eu fui desconstruindo isso, falando que não, às vezes a pessoa vai aprender a se alimentar por sonda, reabilitar.” (Ocre)

“Consequentemente, o campo de estágio ter muitos idosos com a saúde já comprometida, alguns cuidados se assemelham ou já são cuidados paliativos. Então esse abordagem é feita.” (Esmeralda)

O entendimento do público-alvo dos cuidados paliativos observado na fala dos participantes reflete os pressupostos de um conceito estabelecido pela OMS em 1990 e que já se encontra obsoleto³⁶. Segundo esse conceito, os CP destinavam-se aos sujeitos cuja doença já não respondia aos tratamentos com finalidade de cura. Porém, em 2002, o público-alvo foi modificado, entendendo que esses cuidados se destinam aos sujeitos que convivem com

doenças ameaçadoras da vida, deslocando, assim, a morte enquanto destino inevitável ao curso do quadro e entendendo-a como um risco inerente que, embora considerado, não deve assumir a completa centralidade da atenção em saúde ³⁷.

Em 2017, porém, a *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHCP) trouxe novas nomenclaturas para essa conceituação. Substitui o entendimento de doenças ameaçadoras da vida, proposto em 2002, por doenças graves. Discorre, ainda, que os sujeitos próximos ao final de suas vidas requerem atenção de forma primordial ³⁸. Em 2018, a OMS trouxe, em seu conceito mais recente, o direcionamento para o público com problemas decorrentes a doenças com risco de vida:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas ‘físicos, psicossociais ou espirituais’ ^{39:1}

A evolução do conceito dos cuidados paliativos reflete a ampliação do público que se beneficia desses cuidados. Os CP passam, assim, a serem realizados de forma concomitante às terapias modificadoras da doença, podendo ou não se tornarem prioritários ou exclusivos à medida que a doença evolua⁴⁰.

Essa mudança se reflete também no campo legal que normatiza os cuidados. A clara associação dos cuidados paliativos ao público que tenha doenças que ameacem a vida surge, dentro das legislações que orientam as políticas públicas em saúde, apenas no artigo 2, da Resolução nº. 41, do ano de 2018, dedicada a orientar a organização dos CP no SUS:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida^{41:1}.

A enfermagem, contudo, também encontra-se legalmente respaldada diante do entendimento atualizado referente ao público assistido por esta filosofia de cuidados. No texto contido na Resolução COFEN nº. 564, do ano de 2017, que aprova o Novo Código de Ética dos

Profissionais da Enfermagem, o artigo 48 expressa enquanto um imperativo ético o cuidado à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto, além dos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte⁴². Se observa na enfermagem, assim, o claro entendimento do cuidado a este público, ressaltando a relevância dos achados nas falas dos participantes referentes à essa questão.

De forma menos frequente, surgiu, ainda, a compreensão de que os CP também se direcionam ao cuidado com a família e rede afetiva do sujeito em processo de morte.

“O cuidado paliativo tem que ser desenvolvido em unidade com a família. E eu vejo que quando a família não é bem informada, é uma questão que dificulta demais a gente desenvolver o cuidado paliativo.” (Púrpura)

“Como você gera uma falsa expectativa, você tira a oportunidade da família de, de fato, vivenciar todo aquele momento que o familiar dela precisa, né, de cuidado, de uma atenção maior. Então eu acho que isso afeta não só o comportamento da equipe, como também a percepção do familiar.” (Citriño)

A família e os cuidadores figuram enquanto alvo de atenção dentro dos CP desde a primeira definição da OMS, em 1990³⁶. Seguiram em destaque nas definições da OMS dos anos de 2002 e 2018 e da IAHCPC de 2017^{37, 38, 39}.

A compreensão desses sujeitos enquanto partes a serem consideradas na atenção também se encontra respaldada em alguns dispositivos legais. A Resolução nº. 41, de 2018, compreende, em seu artigo 2, que os CP objetivam a “melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida”^{41:1}. A Portaria nº. 2.809, de 2012 do Ministério da Saúde, embora não traga em seu texto os cuidados paliativos expressamente, traz enquanto critérios de elegibilidade de atenção a esse público e estabelece a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) também enquanto retaguarda para a atenção aos familiares e cuidadores⁴³.

A Atenção Domiciliar (AD) também apresenta direcionamentos legais que a aproxima diretamente dos familiares e cuidadores. Previsto no inciso III, do artigo 2, a Política Nacional de Atenção Domiciliar⁴⁴ considera os cuidadores enquanto parte do cuidado,

entendendo-os enquanto necessários para alguns níveis da AD para auxílio das necessidades e atividades de vida cotidiana. O mesmo entendimento, da relevância dos cuidadores para a AD, também se encontra expresso na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, prevista na Portaria nº. 874, de 2013 do Ministério da Saúde⁴⁵.

O cuidado destinado aos cuidadores e familiares alinham-se à compreensão trazida por Grzybowski, que entende que a tanatopedagogia deve dedicar atenção ampla ao sofrimento, ao coadocimento e à comorte²³. Esses sujeitos, centrais no processo de cuidado, devem ser considerados não apenas em uma perspectiva instrumental durante o curso do tratamento concomitante, prioritário e exclusivo, mas enquanto sujeitos inteiros, que se relacionam e se afetam durante o processo de tratamento, de morte e de luto^{37, 38, 39}.

Foi observado de forma unânime a associação dos cuidados paliativos ao controle da dor e dos sinais e sintomas associados ao diagnóstico de base, visando a promoção da qualidade de vida.

“Eu entendo que é tudo que a gente pode fazer para minimizar a dor e o sofrimento.” (Malva)

“Então, a gente vai fazer o controle sintomático para que esse paciente tenha qualidade de vida nos últimos anos que ele vai ter.” (Violeta)

“Eu, como docente... É tentar ver o que eles achavam e pensava ‘não gente, a gente tem que dar qualidade de vida até o último momento’.” (Ocre)

Mostrou-se presente, ainda, a compreensão por parte dos educadores acerca de outros aspectos de natureza biopsicossocial do cuidado associados às doenças ameaçadoras da vida, como o acesso aos cuidados de conforto e higiene, aos de natureza espiritual, a um número diferenciado de visitas e ao respeito à autonomia.

“O que é ser cuidado? Será que o que eu cuidei ali, em todas as dimensões daquele paciente, né, tanto na dimensão física, espiritual, emocional.” (Magenta)

“Até dos cuidados básicos, como um banho, uma medida de conforto, uma troca de fralda, uma mudança de decúbito.” (Magenta)

“Eu sempre busquei nesse momento deixar a autonomia até o que eu podia fazer, porque eu obviamente às vezes eu estava impossibilitada de fazer algumas coisas, mas eu procurava sempre conversar com a família a respeito da autonomia desse paciente.” (Turquesa)

“Às vezes eu conversava com o enfermeiro do setor e a gente abria algumas exceções com relação ao número de visitas.” (Turquesa)

Conforme observado no conceito da OMS de 2018, os cuidados paliativos devem dedicar-se ao alívio do sofrimento do sujeito em suas diversas dimensões. Os sofrimentos advindos da dor e dos diferentes sintomas de natureza biopsicossocial de doenças que tragam risco de vida devem ter seus riscos considerados e investigados, bem como constantemente manejados e avaliados no cuidado ao sujeito³⁹.

O entendimento das multidimensões na atenção a esse indivíduo é previsto enquanto princípios a ser respeitado nessa filosofia de cuidados. A OMS, em 2002, já afirmava, enquanto princípios, que os cuidados paliativos “propiciam alívio da dor e outros sintomas estressantes” e “integram princípios psicológicos e espirituais do atendimento ao paciente”^{37:15-16}.

A IAHCPC, em 2017, aprofunda o entendimento em seus princípios, salientando que os cuidados paliativos:

Incluem prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gerenciamento dos problemas físicos, incluindo a dor e outros sintomas estressantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e necessidades sociais.^{38:5}

A atenção à dor e aos sintomas associados aos quadros dos sujeitos em cuidados paliativos é uma temática que, dentro do cenário das políticas públicas, figurou desde as primordiais iniciativas observadas dentro do país. Iniciativas direcionadas à assistência a à dor foram instauradas, como o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos⁴⁶ e ligados à quadros específicos comumente ligados aos cuidados paliativos. O artigo 2, da Lei nº.

12.732, de 2012, prevê tratamento privilegiado e gratuito, com a dispensação de analgésicos opiáceos e correlatos, para o tratamento da dor em sujeitos com neoplasias malignas⁴⁷.

Esse aspecto do sofrimento apresenta uma grande diversidade de estudos ao redor do mundo, voltados tanto para os cuidados paliativos realizados de forma concomitante, como de forma exclusiva. O atual Manual de Cuidados Paliativos, da Agência Nacional de cuidados paliativos (ANCP), conta com uma sessão de 32 páginas dedicada à temática, apresentando de forma compilada diretrizes recentes para o manejo da dor. São considerados, pelo manual, os aspectos relacionados à fisiopatologia e avaliação da dor, a analgesia opioide, não opioide e intervencionista, os aspectos não farmacológicos para manejo da dor e a dor total⁴⁸.

O Manual de Cuidados Paliativos, de 2021, da ANCP, conta, ainda, com diretrizes para cuidados de outros sintomas que causem sofrimento e emergências comuns a esse público. Os sintomas abarcados nas diretrizes são a dispneia, tosse, hipersecreção, xerostomia, náuseas, vômitos, disfagia, diarreia, constipação intestinal, prurido, sudorese, fadiga, caquexia, *delirium*, depressão, ansiedade, insônia e hipersonia. São consideradas emergências as síndromes da veia cava superior e de compressão medular, hemorragias, convulsões, hipercalcemia maligna e obstrução intestinal maligna⁴⁸.

A ambiência dos serviços de saúde foi lembrada na fala de diversos docentes. O uso da música e dos aromas no espaço de cuidado foi levantado enquanto fator a ser observado no cuidado. A preferência por espaços reservados, que ofereçam privacidade, além do questionamento da ausência de privacidade e contato vivenciado nos leitos de Terapia Intensiva foram questões presentes na fala dos educadores.

“Por exemplo, colocar uma música, eles sentiam que mudavam, se você colocava uma música que eles gostavam, até a expressão mudava, mesmo se eles não falavam.” (Turquesa)

“Resolvemos, fizemos o curativo nela e essa mulher agradeceu tanto, mas agradeceu tanto. E não foi só por ela, todas as pessoas que estavam no quarto, tirou o odor.” (Ocre)

“Ele fica ali, no leito de UTI, para ser silenciado, né? Não tem o que ser feito, então vamos colocar ele aqui, para silenciar.” (Magenta)

“Para uma pessoa que está morrendo em um hospital, teria que ter um local pra respeitar a integridade dela, a família que está ali sentindo em um ambiente mais calmo, mais tranquilo, um ambiente de respeito, sem gente correndo, às vezes gritando.” (Malva)

Minayo compreende que o sistema etiológico de saúde e doença é pluralista, ecológico e holístico. O cuidado amplo ao sujeito em cuidados paliativos, bem como a atenção ao seu sofrimento, pode ser entendido em alinhamento à compreensão da autora enquanto articulado às condições materiais de existência do indivíduo⁴⁹.

O conceito de dor total, proposto por Cicely Saunders, caminha ao encontro do entendimento da perspectiva ecológica do sofrimento. A experiência de dor e sofrimento transcende os aspectos físicos relacionados com a doença em curso e se relaciona aos aspectos emocionais e psicológicos envolvidos na teia de significações desse indivíduo. Compreender a multiplicidade de significados percebidos por esses indivíduos permite o planejamento de um cuidado que considere as condições materiais dele, podendo ter diretas relações com as condições ambientais dos espaços de cuidado em saúde^{7, 48, 49}.

Dois educadores referiram terem vivenciado experiências assistenciais em cuidados paliativos em setores não especializados e uma docente acompanhou APS em um hospital especializado.

“Eu não tinha tido a oportunidade de vivenciar os cuidados paliativos como tive agora nesse último ano e meio, de vivenciar tudo isso.” (Citrino, referindo-se à atuação em uma unidade de internação de Clínica Médica)

“Esses dias de novo tinha um paciente em cuidado paliativo lá em sobradinho, infelizmente no pronto socorro porque não tinha vaga na enfermaria.” (Púrpura)

“Você não tem um preparo mesmo trabalhando anos em UTI, você não tem um preparo em cuidados paliativos, para lidar com aqueles pacientes em sua terminalidade, a gente não é preparado.” (Magenta)

Ao refletirem sobre o seu relacionamento com a prestação de cuidados paliativos em sua trajetória profissional, aspectos essenciais foram compartilhados. *Anil* refere a sua dificuldade em atuar em unidades de cuidados paliativos em decorrência dessas mortes.

“Na questão profissional eu na verdade sempre tratei os cuidados paliativos de uma forma que não tentasse me envolver, até mesmo por minha dificuldade particular. Eu nunca gostei de trabalhar em internação.” (Anil)

No campo das políticas públicas em saúde, os cuidados paliativos surgiram associados aos cuidados em saúde vinculados, sobretudo, às pessoas que convivem com neoplasias. A tabela 2 dispõe acerca das legislações voltadas à atenção ao câncer que preveem os cuidados paliativos enquanto parte da atenção ao público.

Tabela 2 - Legislações que normatizam os cuidados paliativos no cuidado às pessoas com câncer

Dispositivo Legal	Ementa
Lei 10.289/2001 ⁵⁰	Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata.
Portaria MS 2.439/2005 ⁵¹	Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria MS 741/2005 ⁵²	Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades.
Lei 12.732/2012 ⁵³	Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

Portaria 874/2013 ⁵⁴	MS	Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria 140/2014 ⁵⁵	MS	Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: elaboração própria

A Resolução nº 41, de 2018 do Ministério da Saúde, compreende, porém, os cuidados paliativos enquanto integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esses cuidados são dispostos mediante uma responsabilidade compartilhada junto à Atenção Básica, à Atenção Domiciliar, aos serviços de Urgência e Emergência e aos serviços hospitalares. Os especialistas poderão atuar junto aos demais pontos da rede enquanto referência e enquanto matriciadores⁴¹. Há, ainda, a previsão dessa atuação na RAS em dispositivos legais que regulamentam outros serviços da rede, conforme anteriormente discutido, e aqui listados na tabela 3.

Tabela 3 - Legislações que normatizam o oferecimento de cuidados paliativos em dispositivos não especializados na RAS

Dispositivo Legal	MS	Ementa
Portaria 2.809/2012 ⁴³	MS	Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais

		Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria 483/2014 ⁵⁶	MS	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
Portaria 825/2016 ⁵⁷	MS	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.
Portaria 2.436/2017 ⁵⁸	MS	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: elaboração própria

Ao rememorarmos o contexto do seu processo de formação, surgiram percepções acerca de abordagens insuficientes. Todos os educadores trazem em suas falas reflexões referentes à sua formação e seu impacto na sua prática profissional voltada à temática.

“Para a gente falar sobre, a gente precisa saber o que é. Muitas vezes eu deixava esse assunto ou eu só abordava a parte técnica porque eu realmente não conhecia a fundo, não tinha conhecimento, não sabia o que era, não pesquisava, não tive uma formação e não tive posteriormente enquanto profissional, enquanto educação continuada, mesmo trabalhando em locais que lidavam com a morte, uma preparação, uma educação para isso.” (Magenta)

“Eu vejo que acaba que nós, como professores, como enfermeiros, como professores de técnicos de enfermagem, nós acabamos reproduzindo aqui o que nós vemos na nossa formação, seja na faculdade, seja no meu caso na residência, seja na minha experiência antes de ser docente.” (Turquesa)

“Eu não tinha formação, eu não tenho formação, mas hoje eu quero, eu busco informação sobre o tema, mas eu quero sim me aprofundar um pouco, até porque eu sou uma educadora, eu preciso conhecer para poder ensinar, até porque essa parte em nosso curso, no curso que eu ministrou aula, ela tá muito fragmentada, fica dependendo de o professor querer abordar aquilo e se não abordar, se deixar passar, o aluno não vai ter na formação dele.” (Magenta)

A prestação de cuidados paliativos por profissionais de enfermagem apresenta-se, hoje, como um imperativo ético a ser observado no planejamento dos cuidados. A Resolução nº. 564 de 2017 do COFEN prevê em seu artigo 48 a

Prestação da assistência de Enfermagem com promoção da qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto. E nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal⁴².

Associado às questões éticas, há os entedimentos na área temática por vezes ainda limitados e à compreensão da prestação dos cuidados paliativos enquanto uma responsabilidade que não resume às equipes e serviços especializados. Santos e Silva salientam que em seus diferentes papéis, incluindo o docente e político, o enfermeiro deve atuar favorecendo a valorização da vida, na forma e no local onde ela existir⁵⁹. Emerge, assim, a relevância da fala dos docentes acerca da discussão da formação profissional e educação continuada enquanto essenciais para a capacitação técnico-científicas, éticopolíticas e sócio-educativas dos profissionais generalistas.

Ao analisarmos as orientações que normatizam a formação em enfermagem de nível superior, comuns à trajetória de todos os participantes da pesquisa, insipientes direcionamentos para a área dos CP são observados. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, publicada no ano de 2011 e ainda vigente, não menciona os cuidados paliativos enquanto parte das habilidades e competências essenciais à formação. Cita, porém, a integralidade dos cuidados de enfermagem ao sujeito e a compreensão da “natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas”^{60:2}, podendo assim, de forma implícita, depreender a relevância do tema enquanto parte dos objetivos educacionais a serem desenvolvidos.

3.4 CATEGORIA 3 - “A ESPERAR PELA GENTE O FUTURO ESTÁ”: ATUAÇÃO DO EDUCADOR NA FORMAÇÃO TÉCNICA EM

ENFERMAGEM E A ARENA POLÍTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO SUS

Os participantes foram convidados a refletirem acerca do impacto da sua prática docente na formação profissional em enfermagem e a prestação de cuidados paliativos no SUS enquanto uma política pública em saúde. As falas, majoritariamente, buscaram realizar pontes entre as Atividades Práticas Supervisionadas e a capacitação dos futuros técnicos de enfermagem para o cuidado a este público. Este direcionamento expressou-se na fala de *Magenta e Citrino*, que ressaltam a relação entre a implementação das políticas públicas e a criação de protocolos, cadernos e manuais que organizem e uniformizem a prestação de assistência, a tomada de decisão e a organização da rede.

“Precisamos instrumentalizar esses futuros profissionais a fazerem esse cuidado nesses ambientes que provavelmente não vai ter toda a infraestrutura, os materiais.” (Magenta)

“Se eles não souberem o que é a necessidade de você ter uma política que trabalhe com cuidados paliativos, que tenham protocolos, pra eles não vai ter significado.” (Magenta)

“Eu vejo que nas outras políticas já consolidadas você tem os manuais que dão direcionamentos e o serviço organiza seu fluxo de atendimento. Isso é muito importante, porque é através dessas orientações primordiais que o serviço vai ter essa adaptação para o seu fluxo de atendimento.” (Citrino)

Ao realizarem essa ponte com o cuidado, emergiu a responsabilidade do docente em trabalhar junto aos estudantes as nuances das reais demandas e desafios do sistema. *Magenta* salienta, em sua fala, a importância desses objetivos educacionais para evitar a frustração desses profissionais no serviço.

“E são esses profissionais que a gente vai formar, para atuar no sistema de saúde, para cuidar desses pacientes e para lidar com os desafios desses SUS.” (Magenta)

“Percebo que se isso fosse introduzido no curso, teria um bom aproveitamento pra eles e a gente, óbvio, estaria formando profissionais já

com meio caminho andado pro entendimento do que eles vão encontrar no serviço.” (Lavanda)

“Nossos colegas estão adoecidos, às vezes por uma frustração, por um esgotamento profissional, acho que o desafio é tão grande para a formação desses profissionais para estarem lá na ponta dos cuidados e no SUS.” (Magenta)

Ao serem questionados acerca da relação entre a sua prática docente e a consolidação de uma política pública em saúde voltada aos cuidados paliativos, poucos participantes perceberam-se capacitados para debater a temática. *Magenta* recorda a demanda crescente desses cuidados em contraponto ao estado da arte da política de cuidados paliativos. *Dourado* contribui com esta problematização entendendo o papel dos estudantes, enquanto futuros técnicos de enfermagem, no reconhecimento e visibilização dessas demandas no sistema.

“A gente não tem uma política, existe uma resolução, mas existe uma demanda altíssima e a gente não tem hoje uma política.” (Magenta)

“Alunos em sala de aula e levando eles para o estágio, surgiriam dúvidas e é através dessas dúvidas que a gente costuma fazer esse tipo de política, né, as políticas do SUS são implementadas através das necessidades que são geradas dentro das unidades, então eu acho que eles poderiam contribuir através disso, tentando implementar essas dúvidas nas práticas e trazer essa prática para as políticas.” (Dourado)

Lavanda entende, ainda, esses futuros profissionais enquanto agentes essenciais para a consolidação de mudanças no cenário da prestação de cuidados no serviço.

“Eu acredito que eles vão pro mercado de trabalho muito mais preparado pra buscar mudanças, para buscar alternativas de melhorias, do que outros profissionais de um outro tempo atrás.” (Lavanda)

“O que faltaria talvez na nossa parte pra acrescentar é implementar com eles esses detalhes que a gente sente que lá na ponta vai fazer falta, tipo sobre aprender sobre cuidados paliativos, sobre o que eles podem fazer pra mostrar quando chegarem no mercado de trabalho a força dos cuidados paliativos para que isso ganhe força para virar uma política pública, que ações ele pode fazer Se a gente não ensinar pra eles no curso, no mercado de trabalho eles farão o que o mercado já faz, embrulhar o corpo depois que morreu e pronto e fim.” (Lavanda)

Mostrou-se presente, a compreensão da atuação desses futuros técnicos de enfermagem enquanto agentes de mudança que transcendem o espaço de cuidado e ocupam os espaços de atuação política. *Magenta e Turquesa* ressaltam a ação estratégica dos técnicos de enfermagem do SUS na mobilização, no debate de pautas e na participação de movimentos sociais que impactem na arena política dos cuidados paliativos.

“Atuando no SUS, eles cobrarão e participarão desses movimentos que coloquem essa pauta pra ser debatida, ser discutida. Que discutam sobre isso com suas equipes de trabalho, que tragam esse tema para que a gente possa ter realmente, efetivamente, políticas públicas, e que mude essa cultura de como é o processo de morte no nosso país e no SUS.” (Magenta)

“Porque as políticas são formadas por mobilizações pra esse tema chegar a ser discutidos nas esferas de governo.” (Turquesa)

Anil aprofunda essa discussão ressaltando os dispositivos presentes na própria política de saúde no país para a participação política desses profissionais. Discute acerca da necessidade de um posicionamento estratégico dentro de espaços decisórios do SUS, posicionando a atuação política dentro dos ambientes de gestão participativa e compreendendo os caminhos necessários para que as demandas levantadas se consolidem enquanto agenda nas comissões intergestoras nas diferentes instâncias de governo.

“Os atores que praticam e que veem interesse nessa política possam ter o poder de convencimento nos atores que são decisórios, que têm o poder de decisão.” (Anil)

“Ocupar os espaços de diálogo do SUS, que são os conselhos de saúde, as CIR (Comissões Intergestoras Regionais), aqui no DF é diferente, mas é a CIR e aqui os colegiados de gestão regional, a CIB (Comissão Intergestora Bipartite) que é o colegiado entre os gestores municipais e estaduais e fazer com que essa pauta crie agenda na CIT, que é a intergestora tripartite. A partir daí a gente consegue dar uma visibilidade, uma visibilidade de discussão. não significa que eu tenha um política pública, que ela esteja de fato implementada.” (Anil)

Ainda no diálogo referente à prática docente e à prestação de cuidados paliativos no SUS, percepções acerca do cuidado dentro das diferentes especialidades e serviços da Rede de Atenção à Saúde do SUS surgiram. Houve associações aos cuidados prestados em um

hospital de referência em cuidados paliativos. *Ocre* relata entender que os serviços e profissionais vinculados à oncologia prestam cuidados paliativos de forma mais eficiente.

“Eu sei que em alguns hospitais a equipe é muito bem preparada pra esse tipo de paciente, esse tipo de situação, como o hospital Azaleia.” (Turquesa, referindo-se a um hospital de referência em cuidados paliativos)

“Lá no meu estado, a gente tem um hospital com atuação de cuidados com o câncer e esse hospital ele implementa cuidados paliativos.” (Dourado)

“Talvez eu ache que seja o grupo que, na saúde, consiga mais entender essa questão, essas equipes que trabalhem com oncologia, eu tenho essa impressão: esse é um setor em que isso seja mais comum de falar, de lidar.” (Ocre)

Surgiram ainda falas que apontam o entendimento, dos profissionais de setores generalistas, de um não compartilhamento de responsabilidade na RAS e de uma insipiente capacitação na prestação dos cuidados paliativos por setores não especializados em seu nível de complexidade, como as unidades de urgência, emergência e clínica médica e atenção básica.

“Na Secretaria de Saúde ainda não é uma realidade a abordagem de acompanhamento de cuidados paliativos na saúde coletiva, na estratégia de saúde da família.” (Violeta)

“Quando não conseguem acesso de cuidados na atenção primária, eles buscam a unidade de urgência e emergência com quadros agudos.” (Violeta)

“Esses dias de novo um paciente em cuidado paliativo lá na cidade em que atuo, infelizmente está no pronto socorro porque não tinha vaga na enfermaria.” (Púrpura)

“E o que me fez ter essa visão é porque lá nós lidamos cotidianamente com pacientes que tem inclusive solicitação para ir pro hospital Azaleia.” (Citrino)

“Eu acho que a maneira como hoje o cuidado hoje é prestado pra esse paciente que está em cuidados paliativos e não está no hospital Azaleia, tá nesses ambientes em que a equipe não é preparada” (Turquesa)

Porém, na fala dos educadores, emergiu entendimentos diferenciados sobre a responsabilidade de atuação em rede no cuidado aos sujeitos com doenças que ameaçam a vida.

Violeta ressalta o papel dos serviços de urgência e emergência no cuidado às demandas emergidas de quadros agudos. *Magenta* e *Púrpura* compreendem os cuidados realizados em

leitos de Terapia Intensiva e enfermarias de Clínica Médica enquanto parte desse cuidado em rede.

“Então eu acho que é possível trazer essa abordagem do cuidado paliativo no contexto para você explicar essa conformação do sistema: o que tem a ver esse paciente na rede?” (Violeta)

“Quando não vem acompanhados, não conseguem acesso de cuidados na atenção primária, eles buscam a unidade de urgência e emergência com quadros agudos.” (Violeta)

“A gente compreende que a unidade de urgência e emergência é uma unidade que deveria receber apenas os casos de urgência e emergência e que dentro do nosso sistema a falta dessa abordagem mais integral desse investimento para ampliar a capacidade de resolutividade e dos gestores e próprios profissionais em atenderes.” (Violeta)

“Eu estava fazendo cuidados paliativos e não sabia, quando aquele paciente já tava lá na sua terminalidade e eu cantava uma música, que eu sabia que ele gostava de samba, e eu cantava... O próprio banho, a mudança de decúbito, o banho que a gente poderia proporcionar ali um pouco de conforto.” (Magenta, contando sobre sua rotina de trabalho em uma UTI)

“Ai ela foi piorando, acabou fazendo em casa por aquele programa que atende os pacientes em casa, depois chegou de sonda, foi piorando e chegou num estado ‘paliativada’ e como a gente sabia da condição dela, colocamos ela na internação num local mais tranquilo, confortável, monitorizamos ela.” (Púrpura)

O papel do serviço especializado, enquanto organizador do cuidado na rede, também compareceu na fala de uma participante. *Turquesa* compreende a necessidade de multiplicação dos cuidados prestados pelo hospital *Azaleia* para outros serviços e setores. Ressalta, ainda, a importância dos profissionais do serviço especializado para a sensibilização e educação continuada dos profissionais de outros pontos da RAS para a temática.

“E quando ele se propõe a fazer essas ações de educação eu acho que ele consegue atingir alguns pontos e me fazer refletir, em rodas de conversas e outros, porque ele está sempre participando de eventos. e eu gosto sempre de acompanhar.” (Turquesa)

*“Tem que haver algum tipo de planejamento para criar braços no sistema, algum tipo de organização do serviço para braços disseminadores e multiplicadores já que tem esse serviço de qualidade entende? E esse serviço tá no SUS, faz parte da rede, mas não vejo esse serviço ser multiplicado para outros espaços.” (Turquesa, referindo-se aos serviços e ações de educação continuada do hospital *Azaleia*)*

Surgiram, ainda, reflexões sobre a prestação de cuidados paliativos em unidades de cuidado de menor densidade tecnológica. *Esmeralda* conta acerca da oportunidade de vivenciar os cuidados paliativos em campos de APS em uma Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas. *Violeta* relembra o posicionamento estratégico da Atenção Domiciliar para a prestação desses cuidados aos pacientes crônicos.

“Consequentemente, o campo de estágio ter muitos idosos com a saúde já comprometida, alguns cuidados se assemelham ou já são cuidados paliativos. então essa abordagem é feita, mas ainda de maneira superficial.” (Esmeralda, sobre uma Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas)

“Aí depois eu fui escrever um pouco sobre a atenção domiciliar, aí eu li os materiais que ampliaram essa impressão dos cuidados paliativos para pacientes crônicos, faziam essa conexão.” (Violeta)

Ainda em diálogo a RAS, surgiram reflexões acerca da centralidade da atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos para a consolidação dessa rede de cuidados. Foi ressaltada, ainda, a importância de haver profissionais capacitados nos mais diversos setores, de forma a consolidar a prestação desses cuidados nos diferentes dispositivos da rede.

“Eu vejo que a formação, os profissionais, os recursos humanos, a equipe, são os maiores recursos que nós temos para fazer os cuidados.” (Magenta)

“Eu entendo que a equipe nesse momento é muito importante, a equipe para os cuidados paliativos, a equipe multidisciplinar é muito importante.” (Violeta)

“Na maior parte das equipes que eu participei tinha um profissional ou outro que tinha alguma experiência nesse assunto, em cuidados paliativos, que trabalhou em setor e tinha experiências positivas pra compartilhar.” (Turquesa)

“Mas se no meio do hospital que está um caos tiver pelo menos um profissional, um técnico de enfermagem lá que a gente formou com o conhecimento, sendo capacitado, que saiba manejar, ele vai fazer a diferença para aquele paciente.” (Magenta)

Ao refletirem, por fim, a relação entre as suas percepções acerca dos objetivos de aprendizagem constantes no currículo e a consolidação de competências voltadas à atuação dos estudantes nas arenas políticas da temática, os educadores levantam pontos positivos frente ao

currículo da instituição. *Citrino* aponta a potência dos diversos cenários da APS para a compreensão ampla da atuação desses profissionais no SUS e percebe os egressos do curso da instituição com considerável perfil crítico para problematização das diferentes realidades.

“Como o aluno tem vivências em campos diferentes, com professores comprometidos, a vivência e as oportunidades e oportunidade de serviço, contextualização com a teoria vinculada a prática, isso leva a formação diferenciada no mercado de trabalho.” (Citrino)

“Acho que o currículo da escola é um currículo, talvez, a escrita não seja as melhores, mas a formação dos meninos leva muito essa formação se sendo crítico, porque é interessante porque percebemos durante a assistência.” (Citrino)

Lavanda entende uma importante evolução entre a sua formação técnica e a formação técnica em que atua, considerando os educandos enquanto agentes ativos em seus processos de ensino e aprendizagem e com um desenvolvimento teórico-crítico satisfatório.

“A gente tem, claro, alunos com mais dificuldades, mas a maioria deles trazem pra mim essa característica de sempre estar questionando, perguntando, então eu vejo que eles têm um conhecimento hoje muito grande e uma vivência, a gente mora perto da capital, e então eles têm uma vivência hoje de mundo muito grande.” (Lavanda)

Existem, porém, pontos a serem levados em consideração para a melhoria do currículo frente aos objetivos educacionais voltados para os cuidados paliativos e o Sistema Único de Saúde. *Violeta* contribuiu com ponderações acerca da natureza epistemológica da construção curricular, que deverá ser capaz de transcender lógicas de cuidado de natureza biomédica e comportar a elaboração de uma práxis teórico-crítica que aproxime os estudantes das demandas reais dos serviços de saúde em que atuam.

“Então se ela parte de um currículo que é procedimental, biológico, hospitalocêntrico, quando ela chegar lá é exatamente esse o olhar que ela vai ter sobre a situação.” (Violeta)

“Se você planta essa sementinha de ele aprender a refletir a criticar, a entender como se dá a construção dessa política pública, qual a responsabilidade dele, a chance dele enquanto profissional ser um profissional diferente, que batalha pelo SUS.” (Violeta)

Os objetivos educacionais voltados para a construção de conhecimentos sobre os cuidados paliativos no SUS, sob o ponto de vista desses educadores, apresentam necessidade de revisão tanto nos espaços teórico-críticos quando nos espaços de APS. *Violeta* reflete acerca do distanciamento dos educadores que atuam nos espaços teóricos, tanto da temática, quanto da realidade dos cuidados na RAS. Ressalta, ainda, a importância de um olhar voltado para a integração teórico-prática.

“Foi uma perda grande, nós saímos por questões meramente administrativas, mas acredito que poderia ser um projeto a longo prazo de ampliação para que o estágio voltasse aí, pelo menos um período de tempo para que o aluno tivesse a oportunidade de lidar de perto com o cenário de CP.” (Citrino, referindo-se ao extinto campo de APS no hospital Azaleia)

“O aluno tem na teoria apenas uma disciplina sobre SUS, que não é trabalhado de forma transversal e a abordagem da disciplina geralmente é uma disciplina que aborda só as leis pura e secamente, não se discute o processo de construção histórico que chegou na conformação do sistema, a realidade do sistema hoje, muitas vezes os profissionais que dão essa disciplina são profissionais completamente, não é que são distantes da saúde, mas não são profissionais que já atuaram em qualquer ponto da rede SUS, nunca tiveram contato com o SUS.” (Violeta)

“E aí se esquece desse processo e do outro, então esse aluno não é ensinado desde ali na teoria até o próprio estágio.” (Violeta)

Para que as mudanças curriculares sejam viabilizadas no curso, o planejamento realizado pelos educadores foi visualizado enquanto estratégia e enquanto potencialidade do grupo da instituição.

“Eu vejo com bons olhos que todos nós fazemos um planejamento de estágio.” (Citrino)

“É uma responsabilidade entender que a sua atuação pra construir um currículo, pra acompanhar um aluno na teoria, a forma como você vai abordar sua aula, o que você decide abordar na sua aula, pra você construir esse aluno que reflete, que é crítico, que entende, que aplica o que ele estuda no contexto, pra você ter uma formação que é direcionada para as necessidades de saúde da população e do SUS.” (Violeta)

“Isso vai marcar o aluno, a experiência que você proporcionar ao aluno no momento que você planeja a sua aula, marcar a trajetória, uma semana, até o estágio, mas de alguma maneira vai ter um impacto na reflexão que ele vai ter sobre o tema.” (Turquesa)

Foram lembrados, ainda, os espaços de construção coletiva entre os educadores enquanto potências para mudanças na prática educativa. *Violeta* entende esses espaços como essenciais para sensibilização, capacitação e planejamento dos objetivos educacionais na área de cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde, pensados de forma transversal nos diferentes contextos da formação. Também percebe, junto à *Turquesa*, a importância de ampliar os conhecimentos e dividir experiências acerca de estratégias educacionais exitosas para o trabalho desses objetivos.

“Eu preciso fortalecer e apoiar que essas discussões sejam trazidas para o coletivo, porque o coletivo precisa discutir, entender e, assim como eu fui sensibilizada, meus colegas também precisam, porque com todos sensibilizados, começamos uma discussão pra entender como abordar isso de forma transversal.” (Violeta)

“E no meu âmbito, no meu campo de atuação, é fazer o planejamento para fazer essa abordagem, fazer as capacitações pra entender como fazer esse planejamento, construir objetivos educacionais, conhecer estratégias educacionais para abordar isso com os alunos faz parte do processo, porque eu desconheço completamente estratégias educacionais.” (Violeta)

“Então eu sinto essa necessidade para a melhoria do profissional professor, da experiência do aluno, acho que isso só tem vantagens, quando você multiplica experiências que deram certo, a metodologia que funcionou.” (Turquesa)

A percepção dos educadores acerca do papel do estudante na construção de uma política nacional de cuidados paliativos permite o diálogo entre a política pública de educação do Distrito Federal e o sistema de saúde. A compreensão desse estudante como um sujeito capaz de, a partir da sua ação nos campos da assistência, promover mobilização por mecanismos de controle social e utilizar dos recursos de participação social previstos pela política de saúde caminha ao encontro dos pressupostos trazidos pela pedagogia histórico-crítica, arcabouço epistemológico do *Currículo em Movimento* adotado pela SEE/DF²².

A prática de cuidados aos sujeitos que vivenciam diagnósticos de doenças graves e ameaçadoras da vida, quer em espaços de APS, quer nos futuros espaços de atuação profissional, é entendida pelos educadores enquanto ponto de partida e de chegada dentro de

sua atuação educativa. Saviani e Gasparin compreendem que os conteúdos a serem trabalhados pela escola, segundo a pedagogia histórico-crítica, são historicizados, tendo como ponto de partida da prática educativa uma realidade social ampla na qual os estudantes encontram-se inseridos^{32,61}.

A partir do entendimento de Gasparin, pode-se induzir que a origem do conhecimento na temática de CP é a realidade material dos espaços de saúde intra e extra institucionais, as manifestações culturais, artísticas, religiosas, bem como a realidade social, econômica e jurídica do sistema⁶¹. Dessa maneira, a compreensão dos educadores acerca de um currículo exitoso a partir de uma construção que privilegia o contato dos estudantes com os diferentes campos de APS mostra-se contextualizada aos pressupostos propostos por Saviani³².

É essencial, porém, problematizar o entendimento dos campos de cuidado mais adequados à prestação de cuidados paliativos enquanto aqueles posicionados em estratégias especializadas. A Portaria nº. 41, do ano 2018, prevê que esses cuidados devem ser prestados em todos os níveis da RAS com ênfase direcionada à atenção básica e à atenção domiciliar, com integração aos serviços especializados. Embora os educadores tenham citado uma experiência pregressa de passagem em um campo de APS em um serviço especializado, a não mais inclusão desse campo não implica na ausência de identificação de demandas e oportunidades de aprendizado em outros campos da rede⁴¹.

Em vistas o equívoco conceitual comum percebido na compreensão dos educadores acerca do público-alvo dos cuidados paliativos, o entendimento da centralidade dos espaços especializados pode caminhar ao encontro da desumanização do morrer e da morte. É essencial que os dispositivos da rede, nos quais prestam-se cuidados paliativos aos sujeitos que se encontram em processo ativo de morte, considerem os aspectos compreendidos pela categoria 1. Deve-se garantir que os morrentes possam vivenciar esse seu momento vital com protagonismo e respeito à sua identidade e à sua autonomia, contando com todos os recursos

adequados providenciados por profissionais capacitados teórico-criticamente, tecnicamente e com os devidos recursos instrumentais e tecnológicos, bem como os recursos subjetivos para uma adequada simbolização^{24,26}.

Ainda compreendendo a prática social como ponto de partida, e para a qual o processo educativo busca respostas, a atuação em equipe interdisciplinar e multiprofissional ganha destaque na fala dos educadores. No artigo 4, da Resolução nº. 41, de 2018, é previsto, enquanto princípio norteador para a organização dos CP no SUS, o cuidado realizado por equipes multiprofissionais e interdisciplinares visando os sujeitos em cuidados paliativos e suas famílias⁴¹.

A interdisciplinaridade emerge, nesse contexto, enquanto um ponto a ser observado nas construções curriculares e no planejamento dos objetivos pedagógicos a serem desenvolvidos ao longo de toda a formação profissional. O *Currículo em Movimento* da Educação Profissional prevê expressamente a consideração da mesma no processo educativo, visando recursos que potencializem uma compreensão real da realidade do estudante. Permite-se, com isso, que os fenômenos vivenciados na área dos CP sejam apreciados em sua complexidade, considerando olhares plurais sobre a questão de saúde⁶².

Para isso, o currículo poderá contar com situações de aprendizagem que aproximem o estudante da prática multiprofissional e interprofissional nos cuidados paliativos. Tais situações são essenciais para a consideração das complexidades das diferentes dimensões do ser humano, que perpassam pelos aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais e ambientais⁴⁹. Os CP são compreendidos enquanto uma atuação interdependente entre os diferentes atores da equipe que, no intercâmbio de saberes das diferentes especialidades, encontra o objetivo primordial de promover o bem-estar do sujeito e de sua rede afetiva⁶³.

É essencial, contudo, que os educadores compreendam esse objetivo de aprendizagem tendo como direcionamento o contato com o outro, o estabelecimento de redes e

o intercâmbio de saberes. Segundo o *Currículo em Movimento* da Educação Profissional, entender o delineamento pedagógico nessa perspectiva caminha ao encontro da complexidade e, da multidimensionalidade da prática educativa, e não em uma dissolução de saberes e uma necessidade, por parte do educador, em ser pluriespecializado⁶².

Há, também, a recorrente percepção desses educadores acerca da potencialidade dos estudantes enquanto atores influentes na arena política de CP no SUS. A participação social nas arenas decisórias das políticas públicas em saúde é uma diretriz do SUS e encontra-se prevista no texto do artigo 198 da Constituição do país⁶⁴. É, ainda, regulamentada pela lei nº. 8.142, de 1990⁶⁵.

O estudante deve compreender, enquanto prática social final nos objetivos de aprendizagem relacionados ao Sistema Único de Saúde, que ele é um ator político atuante nesse processo não apenas enquanto estudante e futuro profissional, mas como usuário dos serviços. Deve utilizar-se dos elementos da prática social vivenciada nos campos de cuidados para posicionar-se, a partir da instrumentalização teórica, como sujeito capaz de promover a transformação social nos espaços em que atua, independente da função social que desempenha⁶¹.

A participação social, prevista nos diferentes moldes, é levantada na fala dos educadores. Estes compreendem que os estudantes, a partir de sua inserção nos campos de APS, identificam na prática social pontos de partida essenciais para que, nos espaços de instrumentalização, haja um efetivo impacto quando estes retornem à prática social final, quer seja enquanto técnicos de enfermagem, quer seja enquanto sujeitos atuantes nos movimentos sociais^{32,61}.

Houve, na fala de um dos educadores, o levantamento expresso da consideração da lei nº. 8.142, de 1990, no planejamento dos objetivos educacionais tangentes ao SUS. Esse salienta o posicionamento estratégico dos estudantes e futuros técnicos de enfermagem atuantes

no SUS dentro das Conferências e Conselhos de Saúde, bem como a relação deles com as instâncias intergestoras, com as quais estabelecem-se os devidos pontos de pactuação e relações de poder⁶⁵. Essa compreensão caminha ao encontro da pedagogia histórico-crítica proposta por Saviani, que afirma que a prática educativa deve considerar, na prática social os modos de participação dos atores sociais, as relações de poder envolvida entre estes, bem como as formas como esses atores poderão participar da mobilização comunitária e dos recursos de gestão³².

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fala dos educadores que participaram da pesquisa trouxe emoções relacionadas às práxis do cuidado junto aos sujeitos que morrem em suas atuações cotidianas. Os educadores compartilharam lembranças acerca de sentimentos experienciados frente aos óbitos durante sua vivência assistencial. Trouxeram, ainda, sentimentos experimentados quando esses óbitos ocorreram nas APS. Refletiram, também, acerca de como o contexto do trabalho educativo dentro da formação profissional pode impactar nas experiências afetivas dos futuros técnicos de enfermagem ao cuidarem de pessoas cujas vidas chegam ao fim.

Embora haja um consenso da importância dos CP enquanto um tema a ser desenvolvido durante a formação, insipientes experiências educacionais foram observadas na trajetória dos educadores. Quando levados a abordarem seus conhecimentos acerca da temática, foram observados, na construção teórico-crítica dos próprios, consideráveis desalinhamentos que podem materializar-se em uma prática docente descontextualizada das reais necessidades dos futuros profissionais técnicos de enfermagem em seu contexto de atuação.

Houve, ainda, a percepção de haver, entre os educadores, uma valorização da prática educacional como potencializadora da atuação dos estudantes e futuros técnicos de enfermagem no cotidiano social do cuidado e na arena política do SUS. Porém, os educadores relatam desafios teórico-críticos e entraves curriculares que necessitam de atenção no projeto político pedagógico da instituição e no plano de curso.

Observou-se a necessidade de uma atenção direcionada a alguns pontos essenciais no processo de formação do técnico de enfermagem com vistas à atuação junto aos sujeitos morrentes e em cuidados paliativos no SUS. Desafios podem ser observados no campo da trajetória educacional e da subjetividade do educador, no entendimento dele acerca das políticas públicas e dos aparatos legislativos que respaldam a atuação nos setores da educação e da saúde,

bem como na compreensão teórico-crítica dos referenciais epistemológicos que direcionam a prática pedagógica, junto aos objetivos educacionais da educação para a morte, aos cuidados paliativos, à prática de saúde, sob uma perspectiva interdisciplinar, e ao SUS.

Convocar o educador a manejar e solucionar, no dia a dia da sua prática profissional, as fragilidades da sua atuação é uma tarefa que requer da equipe gestora esforços significativos. Algumas respostas para essas lacunas são trazidas pelos próprios participantes, que salientam a necessidade de espaços de simbolização de lutos, de troca de experiências educacionais, bem como parcerias interdisciplinares e intersetoriais e estratégias de educação continuada.

Há, porém, um desafio ainda maior: convocar os diferentes atores no cuidado ao morrente a enfrentarem, frente a frente, suas próprias trajetórias que trazem consigo símbolos e significados acerca da morte e do morrer. As relações vivenciadas na prática educativa, conforme observado na presente pesquisa, parecem potencializar afetos positivos e negativos associados ao cotidiano pedagógico, suscitando a importância da construção, no planejamento pedagógico, de objetivos educacionais voltados ao cuidado de quem cuida e de quem educa.

Emerge, a partir da presente pesquisa, potenciais propostas de parcerias intersetoriais entre a educação pública e a saúde pública do Distrito Federal. A consideração dos espaços educativos intra e extra muros da escola compreende que os atores presentes em ambos os serviços apresentam considerável impacto para a consolidação de ambas as políticas públicas, favorecendo, no cuidado aos profissionais de enfermagem e aos sujeitos morrentes, a afirmação de uma educação integral, socio-culturalmente engajada na transformação social e no fortalecimento dos dispositivos públicos que assegurem ao cidadão seus direitos constitucionais de acesso à saúde e à educação.

Por fim, é indubitável a constatação da escassez de pesquisas na área de cuidados paliativos e educação para a morte voltadas para a formação técnica de enfermagem. Há, ainda, igual escassez de diretivas, protocolos e manuais gratuitos e de relevante grau de evidência

científica na área temática. Por conseguinte, considera-se de crucial importância três direcionamentos de natureza prática para intervenção na realidade retratada na pesquisa:

1) Observa-se a necessidade de estratégias de educação continuada que permitam a consolidação de novas ferramentas que possibilitem aos educadores uma atuação efetiva na construção de objetivos educacionais que promovam a transformação social do cuidado aos morrentes;

2) Emerge a necessidade de criação institucional de espaços grupais de troca, que permitam que esses docentes compartilhem emoções, experiências educativas e ferramentas pedagógicas para a potencialização do processo educativo;

3) Percebe-se a necessidade de pesquisas com outros recortes metodológicos, que permitam ao pesquisador a observação da atuação desses educadores, bem como pesquisas-ação que verifiquem a efetividade de diferentes orientações propostas por pesquisadores da área da educação para a morte no contexto da formação técnica em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set 1990.
2. Kovács MJ. Morte no contexto humano. São Paulo: Casa do psicólogo; 1992.
3. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946.
4. Aríes P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2012.
5. Kóvacs MJ. Educação para a morte: quebrando paradigmas. Nova Hamburgo: Sinopsys, 2021.
6. Klüber-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: WMF, 2017.
7. Sauders S. Velai por mim – Inspiração para uma vida em cuidados paliativos. Lisboa: FSS; 2018.
8. World Health Organization. 2 th ed. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução de nº 41 de 31 de outubro de 2018 que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 23 nov 2018.
10. Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em Números. Brasília: COFEN; c2020 [citado Nov 21]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.
11. Brasil. Perfil do Mercado de Trabalho: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
12. Nunes TCM. Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
13. Bandeira Di; Bastos Cogo S; Hildebrandt LM; Rossato Badke. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, 2004; 23(2):400-407.
14. Becker E. A negação da morte: uma abordagem psicológica sobre a finitude humana. 13 ed. Editora Record: Rio de Janeiro, 2020.
15. Flick U. Introdução à Metodologia de Pesquisa – Um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso; 2013.

16. Uwe F. Entrevista episódica. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 114-136.
17. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1. ed. rev. e amp. São Paulo: Almedina, 2012
18. Martins GA; Lintz A. Guia para a elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso. 2. Ed. Atlas: São Paulo, 2011.
19. Santos FM. Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Revista Eletrônica de Educação, 2012; 6(1): 383-887.
20. Thry-Cherques HR. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. AF Revista PMK, 2009; 4(8): 20-27. Disponível em: http://www.revistapmk.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União 24 mai 2016.
22. Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Currículo em Movimento da Educação Básica: pressupostos teóricos. 2018 [Acesso em 24 abr 2022]. Disponível em: https://www.educacao.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/1_pressupostos_teoricos.pdf.
23. Grzybowski PP. Tanatopedagogia. In: Santos FS, Schliemann AL, Solano JPC, editores. Tratado brasileiro sobre perdas e luto. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2014.
24. Kóvacs MJ. Educação para a morte: quebrando paradigmas. Nova Hamburgo: Synopsis Editorial 2021.
25. Kóvacs MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1992.
26. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2016.
27. Ariès P. O homem diante da morte. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp, 2014.
28. Kellehear A. Uma história social do morrer. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp, 2016.
29. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
30. Elias N. Envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
31. Becker E. A negação da morte: uma abordagem psicológica sobre a finitude humana. 13 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 2020.
32. Saviani D. Escola e democracia. 44 ed. Campinas: Autores associados, 2021.
33. Saviani D. Filosofia da educação brasileira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

34. Silva ALL, Ruiz EM. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. Rev. Est. Psi 2003, 20 (1): 15-25.
35. Vygotsky, L. S. A Formação Social da Mente São Paulo: Martins Fontes, 1984.
36. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care [Internet]. 1990. 76 p.
37. World Health Organization (WHO). National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2ª. Ed. H and development networks, editor. 2002. 180 p.
38. International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC). Palliative Care Definition [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 24]. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
39. World Health Organization (WHO). Palliative Care. [Acesso em: 28 abr 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-sheets/detail/palliative-care>.
40. Pereira EAL, Reys KZ. Conceitos e Princípios. In: Castilho KP, Silva, VC, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos da Agência Nacional de Cuidados Paliativos. 3 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 2021.
41. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 23 nov 2018, seção 1.
42. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 564. Aprova o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 6 de novembro de 2017. Diário Oficial da União 6 dez 2017, seção 1.
43. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 10 dez 2012, seção 1.
44. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 22 out 2014, seção 1.
45. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário oficial da União 28 fev 2014, seção 1.
46. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Diário oficial da União.

47. Brasil. Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União 23 nov 2012.
48. Castilho KP, Silva, VC, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos da Agência Nacional de Cuidados Paliativos. 3 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 2021.
49. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cad Sal Pub, 1988, 20 (4):363-381.
50. Brasil. Lei n. 10.289, de 20 de setembro de 2001. Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. Diário Oficial da União 21 set 2001, seção 1.
51. Ministério da Saúde (Brasil). Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 9 dez 2005, seção 1.
52. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 741, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Diário Oficial da União 23 dez 2005.
53. Brasil. Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União 23 nov 2012.
54. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
55. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 28 fev 2014.
56. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União 2 abr 2014.
57. Ministério da Saúde (Brasil) Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário oficial da União 26 abr 2016.
58. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização

da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 22 set 2017.

59. Santos FTBC, Silva MJP. Enfermagem. In: Castilho KP, Silva, VC, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos da Agência Nacional de Cuidados Paliativos. 3 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 2021.

60. Ministério da Educação (Brasil). Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União 7 nov 2001.

61. Gasparin JL. Uma didática para a pedagogia Histórico-Crítica. 5 ed. Campinas: Autores Associados, 2012.

62. Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Currículo em Movimento da Educação Básica: educação profissional e a distância. 2018 [Acesso em 24 abr 2022]. Disponível em: <https://www.educacao.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/cirriculo-movimento-educacao-profissional.pdf>.

63. Dourado FCS, Cedotti W. Equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. In: Castilho KP, Silva, VC, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos da Agência Nacional de Cuidados Paliativos. 3 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 2021.

64. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

65. Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 31 dez 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A – GUIA DE TEMAS PARA A ENTREVISTA EPISÓDICA

Apresentação

Nessa entrevista, eu vou te pedir para que você me conte algumas vezes situações, experiências e lembranças do que você já viveu relacionadas à finitude, à morte e aos cuidados paliativos.

Conceitos sobre a morte e cuidados paliativos

- O que a morte significa para você? Como você acredita que a sua compreensão de morte foi construída?
- O que significa Cuidados Paliativos para você? Onde você acredita ter aprendido as vivências mais significativas para a consolidação do que você conhece sobre o assunto?
- O que você compreende sobre Educação para a Morte? Você já participou de atividades educacionais que você compreende enquanto vinculadas à esse objetivo educacional?

Vínculos entre subjetivação, formação, vivências profissionais na enfermagem e conceitos de morte e cuidados paliativos

- Olhando para a sua história, qual a primeira experiência com a morte que você consegue se lembrar? Poderia, por favor, me contar um pouquinho sobre ela?
- Olhando para a sua trajetória profissional, quando você conheceu os cuidados paliativos? Pode me contar, por favor, como aconteceu esse primeiro contato?

- Você se lembra do primeiro paciente sobre os seus cuidados que evoluiu para um óbito? Você poderia me contar um pouquinho sobre como foi e como você se sentiu?
- Se você revisitasse os momentos em que você se deparou e precisou lidar com situações de morte, você poderia escolher e me contar aquele que mais te marcou?
- Se você olhasse a sua trajetória desde o primeiro paciente sob os seus cuidados que veio a óbito e o seu momento atual como professor (a,e) de enfermagem, o que mudou? Você considera que o seu cuidado frente à pessoa em terminalidade evoluiu? Se sim (ou se não), por que você considera dessa forma?
- Se você olhasse a última oportunidade que você teve como docente de falar sobre cuidados paliativos e morte, você consideraria que seu desempenho favoreceu a formação dos estudantes para a temática? Você se sentiu e se sente confortável para abordar essas questões em sala de aula? Por quê?

Interface entre atividade docente, educação para morte e cuidados paliativos no Sistema Único de saúde

- Como você percebe a relação entre a forma como o professor aborda a temática da morte em sala de aula e a atuação dos estudantes nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde?
- Como você entende a relação entre formação profissional em enfermagem frente à finitude e a forma como esse futuro técnico de enfermagem se envolverá com o oferecimento de Cuidados Paliativos no SUS?
- O que, hoje, você entende por Cuidados Paliativos? Como você entende que essa filosofia de cuidados vêm sendo realizada no SUS?

- Na sua opinião, como a formação profissional em enfermagem deve atuar para fortalecer nos futuros técnicos de enfermagem a participação nas decisões em políticas públicas no SUS?
- Como você acredita serem as condições ideais de facilitação dos objetivos de aprendizagem tangentes à morte e aos cuidados paliativos na formação do técnico de enfermagem comprometido com o Sistema Único de Saúde?

Avaliação

- Houve alguma coisa que não apareceu na entrevista que você considera importante para o andamento da pesquisa e gostaria de mencionar?
- Houve algum momento ou ponto específico da entrevista que te trouxe algum aborrecimento ou constrangimento?

APÊNDICE B – FOLHA DE DOCUMENTAÇÃO CONTEXTUAL DA ENTREVISTA E DO ENTREVISTADO

Data da entrevista: ____/____/____

Local da entrevista: _____

Duração da entrevista: ____:____h

Entrevistador (a,e): _____

Indicadores para identificar o entrevistado: _____

Onde nasceu e viveu: () zona rural () zona urbana – interior () zona urbana - centro

Ano de formação na graduação em enfermagem: _____

Ano de formação no ensino técnico de enfermagem: _____ () Não se aplica

Tempo de atuação como enfermeiro: ____ anos

Tempo de atuação como técnico de enfermagem: ____ anos

Tempo de atuação como docente de enfermagem: ____ anos

Campo de atuação (área de especialização e/ou maior experiência profissional):

O campo de atuação supracitado lida cotidianamente com óbitos? () Sim () Não

Com qual idade (aproximada) você vivenciou a sua primeira experiência significativa com a morte? ____ anos

Vivenciou algum óbito dentro de sua rede de afetos (familiares, amigos (as, es), vizinhos (as, es), entre outros) durante a infância? () Sim () Não Se sim, qual a natureza do vínculo?

(Mãe, pai, irmãos, cunhados, amigos, avós, outros)

Quais os espaços de formação profissional na sua trajetória (disciplinas da graduação, pós graduação, educação continuada, cursos de capacitação ou aprimoramento, entre outros) apresentavam temáticas tangentes à tanatologia, finitude humana, morte e cuidados paliativos como objetivos educacionais? _____

Vivenciou o primeiro óbito de um sujeito sob seus cuidados durante as práticas supervisionadas, estágios curriculares, internatos, residências ou outros espaços educativos? () Sim () Não

Se sim, em qual espaço? _____

Leciona com frequência em componentes curriculares que apresentam objetivos educacionais vinculados às temáticas da tanatologia, finitude humana, morte e cuidados paliativos? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

APÊNDICE C– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a,e) senhor(a,e) está sendo convidado(a,e) a participar da pesquisa “Educação para a morte e cuidados paliativos: uma interface entre a formação profissional em enfermagem e a atuação no Sistema Único de Saúde”. O objetivo desta pesquisa é analisar as percepções de docentes acerca da relação entre desenvolvimento de habilidades e competências voltadas para o cuidado à morte e a formação profissional de técnicos de enfermagem que atuam em Cuidados Paliativos do SUS. Os resultados dessa pesquisa fornecerão informações cruciais acerca do entendimento dos docentes acerca da morte, do morrer e da filosofia dos cuidados paliativos, possibilitando ao término o oferecimento de evidências científicas úteis aos planejamentos pedagógicos cujos objetivos educacionais relacionam-se aos presentes temas.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da(s) entrevista(s) e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá no relatório final da pesquisa, sendo mantido rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação nesta pesquisa se dará por meio de duas estratégias:

- 1) Respostas a um questionário por meio da ferramenta virtual *Google Forms*, com duração estimada de 15 minutos;
- 2) Participação em entrevistas privativas e confidenciais com a pesquisadora responsável, realizadas presencialmente ou por meio da ferramenta virtual *Google Meet*, a depender das condições sanitárias e às recomendações referentes ao manejo da pandemia da COVID-19. As entrevistas terão uma duração estimada de 30 minutos a 40 minutos e a quantidade de encontros será estabelecida de forma dialogada junto à pesquisadora, visando contemplar os objetivos da pesquisa. Será respeitado durante as entrevistas o seu processo

individual de fala e construção de pensamento e, por isso, os acordos serão realizados individualmente ao longo da coleta.

Informamos que o (a, e) senhor(a,e) poderá recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor (a,e). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração e nem prejuízo ou ônus de qualquer natureza.

Haja vista o tema da nossa pesquisa ser uma temática sensível, em caso de desconfortos de qualquer natureza, bem como em momentos de maior implicação emocional, o(a,e) senhor(a,e) poderá informar à pesquisadora. Interrupções, bem como intervenções em caso de sofrimento de qualquer natureza serão destinados, bem como os devidos encaminhamentos à rede de atenção à saúde serão realizados conforme haja a necessidade. Qualquer dano desencadeado ao decorrer da pesquisa será passível de indenização junto à pesquisadora.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Fundação Oswaldo Cruz – Escola Fiocruz de Governo, podendo ser publicados posteriormente em veículos de divulgação científica. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda das pesquisadoras.

Se o (a,e) senhor (a,e) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com as pesquisadoras: Hévane Virgínia dos Santos (61- 8416 6882), Ieda Maria Ávila Vargas Dias (55-98437 0185).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3329-4607 / 3329-4638

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o(a,e) senhor (a,e).

Nome e assinatura do (a,e) entrevistado (a,e)

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de 20__.

ANEXOS

ANEXO A– PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação para a Morte e Cuidados Paliativos: uma interface entre a formação profissional em enfermagem e a atuação no Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Hévane Virginia dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51301321.4.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.980.085

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que utilizará de Entrevistas Episódicas e Questionários para a coleta de dados. Os participantes da pesquisa serão selecionados de forma intencional. Serão professores enfermeiros vinculados à educação profissional da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal.

A participação na pesquisa será voluntária, a desistência poderá dar-se em qualquer momento da pesquisa sem ônus aos participantes e ocorrerá mediante a assinatura de um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em consonância com Resolução n. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Em decorrência do contexto pandêmico, estratégias online poderão ser utilizadas. Para a análise de dados, será utilizada a Análise de Discurso de Bardin. Os participantes da pesquisa terão acesso à intervenção breve e devidos encaminhamentos à rede de assistência à saúde em situações de desencadeamento durante a pesquisa de sofrimentos psíquicos que requeiram atenção específica.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção de docentes de cursos de formação profissional de técnicos de enfermagem sobre desenvolvimento de habilidades e competências voltadas para os Cuidados Paliativos.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, 50 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.680.085

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora apresentou os riscos e suas possíveis formas de minimização.

Benefícios:

A pesquisadora aponta os benefícios na medida que refere que os seus achados subsidiarão ganhos coletivos, tornando o estudo relevante e pertinente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante e pertinente cuja metodologia será capaz de responder aos seus objetivos. Pesquisadora apresentou um cronograma adequado para o desenvolvimento das suas atividades e apresentou seus riscos e benefícios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora apresentou projeto básico (adequado), folha de rosto (adequada), cronograma (adequado), orçamento (adequado) e TCLE (adequado).

Recomendações:

Onde consta o termo "sujeito" de pesquisa, modificar pelo termo "participante" da pesquisa ou do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a apreciação por este CEP, O projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando as Resoluções 466/12 e 510/16, a pesquisadora ao término do estudo deverá enviar para este CEP seu relatório final de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1813649.pdf	30/08/2021 19:42:57		Aceito
Folha de Rosto	CEP_Hevane.pdf	30/08/2021 14:36:30	Hévane Virginia dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	30/08/2021 14:32:46	Hévane Virginia dos Santos	Aceito

Endereço: Av L3 Norte - Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-6746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.980.085

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/08/2021 14:31:09	Hévana Virginia dos Santos	Aceito
---	-----------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 16 de Setembro de 2021

Assinado por:

BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-6746 E-mail: copbrasil@fiocruz.br

ANEXO B – MEMORANDO DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA – SEE/DF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE FORMAÇÃO CONTINUADA
DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO - EAPE



Memorando Nº061/2021 – EAPE

Brasília, 25 de Agosto de 2021.

Para: Coordenação Regional de Ensino de Planaltina e Guará.

Assunto: Autorização para realização de pesquisa

Senhor (a) Diretor (a),

Encaminhamos autorização de solicitação de pesquisa de HÉVANE VIRGÍNIA DOS SANTOS, mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde (MPPPS), da Escola Fiocruz de Governo.

Salientamos que a autorização final da coleta dos dados na escola, com profissionais e alunos, dependerá do aceite do (a) gestor (a) da unidade ou setor objeto da pesquisa. Nas pesquisas que envolvam profissionais e alunos é necessário cumprir os princípios que norteiam a Resolução CNS nº466/2012, e quando for o caso, observar os requisitos normativos do Programa de Pós-Graduação da Instituição de Ensino Superior.

Atenciosamente,

ROGER PENA DE LIMA
Matrícula - 204909-0
Diretor Pedagógico
Subsecretaria de Formação Continuada dos Profissionais da Educação -
EAPE

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "Educação para a morte e cuidados paliativos: uma interface entre a formação profissional em enfermagem e a atuação no Sistema Único de Saúde". O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz pelo processo n. 51301321.4.0000.8027 em respeito às Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/12 e 510/16. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo a pesquisadora **Hévane Virginia dos Santos** a realizar a etapa de coleta de dados utilizando-se da Instituição.

PAULO CÉSAR RAMOS ARAÚJO
DIRETOR
CENTRO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL - ESCOLA TÉCNICA DE
PLANALTINA

Brasília, 04 de outubro de 2021

ASSINATURA: _____


Paulo César Ramos Araújo
Matricula 31.628-8
Diretor - DCOF Nº 01 02/01/2020
CEP-Escola Técnica de Planaltina